Z Krajow. Zakładu Psychjatr. Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

ODRUCH Z KOSTKI ZEWNĘTRZNEJ — A OBJAW PIOTROWSKIEGO.

Referat na posiedzeniu klinicznem lekarzy w Dziekance w dniu 27. IV. 1926 r.

wygłosił

K. SĄGIN.

Ottorino Balduzzi ogłosił w Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie pracę o odruchu z kostki zewnętrznej[1]). Odruch polega na tem, że uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w przedni brzeg kostki zewnętrznej powoduje wyprostowanie stopy. Autor proponuje, ażeby objaw nazwać odruchem kostki zewnętrznej (Reflex des aeusseren Malleolus). Opisując odpowiednie rękoczyny, Balduzzi zaznacza, że najłatwiej wywołuje się odruch u pacjenta, leżącego na grzbiecie z wyprostowanemi nogami (fig. 1.) albo na brzuchu z podniesionem podudziem: mięśnie muszą być nie napięte, a stopa lekko zgięta grzbietowo. Wyraźnemi cechami wzmiankowanego odruchu są: skórcz mięśnia brzuchatego łydki i wyprostowanie stopy. W niektórych przypadkach można zauważyć zamiast wyprostowania, addukcję stopy, a czasem jej extensję z addukcją. Autor kwalifikuje odruch ten jako odruch okostny, patognomoniczny dla zachorzeń organicznych centralnego systemu nerwowego.

Powyżej wspomniany objaw jest ściśle związany z odruchem, który już przed 13 laty opisał Al. Piotrowski jako „nowy odruch antagonistyczny" w Berliner Klinische Wochenschrift.[2]) Praca wzmiankowana stanowi właściwie ciąg dalszy publikacji Piotrowskiego o nowym odruchu „mięśnia piszczelowego przedniego", ogłoszonej w Berlin. Klin. Wochenschrift w roku 1912[3]) i w Nowinach Lekarskich[4]).

---

[1]) Dr. Ottorino Balduzzi: „Der Reflex des Malleolus externus". Monatsschrift für Psychiatrie und Neurol. Band 58, I. Dezember 1925, Berlin.

[2]) Al. Piotrowski. „Über einen neuen antagonistischen Reflex". Berliner Klinische Wochenschrift 1913 Nr. 16, str. 726.

[3]) Al. Piotrowski: „Über ein neues Unterschenkelphaenomen", Berl. Klin. Wochenschrift 1912 Nr. 51, str. 2412.

[4]) Al. Piotrowski: „Odruch mięśnia piszczelowego przedniego", Nowiny Lekarskie, rocznik XXV, zeszyt 3.

Odruch mięśnia piszczelowego przedniego, który nas w przypadku niniejszym mniej interesuje, pomijamy, a uwagę zwrócimy na „odruch antagonistyczny mięśnia piszczelowego przedniego“[1]), znany w piśmiennictwie i w terminologji medycznej jako „Objaw Piotrowskiego“[2]).

Objaw Piotrowskiego polega na tem, że uderzenie młoteczkiem perkusyjnym w brzusiec m. tibialis anticus lub na granicy części średniej i dolnej mięśnia powoduje skurcz mięśnia brzuchatego łydki i wyprostowanie stopy; ten sam efekt wywołuje odruch z kostki zewnętrznej. Piotrowski opisuje odruch swój w sposób następujący: uderzywszy młoteczkiem perkusyjnym w mięsień piszczelowy przedni pomiędzy guzowatością piszczeli a główką strzałki, spostrzegamy w niektórych przypadkach zamiast zwykłego zwrotu stopy na wewnątrz i zgięcia grzbietowego, odruch odmienny, tj. zgięcie podeszwowe stopy, wynik właściwy jedynie odruchowi Achillesa; dostrzegamy wyraźne kurczenie się mięśnia brzuchatego łydki. Zamiast mięśnia piszczelowego przedniego kurczy się jego antagonista i z tego powodu powstaje wynik zupełnie odwrotny. Ruch ten można wzmocnić nieco biernem zgięciem grzbietowem stopy (fig. 2) przy uderzeniu młoteczkiem perkusyjnym w mięsień piszczelowy przedni (fig. 3). Piotrowski dalej zaznacza: wymienionego odruchu nie spotykamy u ludzi zdrowych, ani też u nerwowych lub u osób z funkcjonalną hyperrefleksją; jedynie osobniki cierpiące na organiczne choroby centralnego systemu nerwowego o charakterze spastycznym wykazują niekiedy ten odruch. Tem różni się on od odruchu mięśnia piszczelowego przedniego, który nie jest a priori objawem patologicznym; dopiero chorobowa zmiana jego postaci (po jednej stronie silniejszy niż po drugiej, albo po jednej stronie ujemny) nadaje mu wartość pod względem djagnostycznym, podobnie jak to ma miejsce przy odruchu kolanowym. Inaczej rzecz przedstawia się z odruchem antagonistycznym m. p. p.; ten jest a priori objawem patologicznym i obecność jego wskazuje na organiczną chorobę centralnego systemu nerwowego. Niekiedy dostrzegamy, że oba odruchy objawiają się równocześnie; jeden i ten sam bodziec wywołuje odruch mięśnia piszczelowego przedniego i odruch antagonistyczny.

---

[1]) Al. Piotrowski: „Nowy odruch antagonistyczny“ Nowiny Lekarskie, rocznik XXV, zeszyt 4.

[2]) W. Gutmann: „Medizinische Terminologie“, 1920, pag. 936. Berlin u. Wien, Urban u. Schwarzenberg.

Piotrowski dorzuca jeszcze wzmiankę, że niekiedy w zachorzeniach organicznych centralnego systemu nerwowego uderzenie w m. tib. ant. powoduje zgięcie podeszwowe palców stopy; odruch ten autor nazwał odruchem antagonistycznym palców stopy.

Streszczając wywody o nowych odruchach, które opisał Piotrowski, stwierdzamy, że uderzywszy w m. tib. ant., wywołuje się w przypadkach organicznej choroby centralnego systemu nerwowego 1) odruch mięśnia piszczelowego przedniego (w postaci patologicznej t. zn. po jednej stronie wzmożony, po drugiej stronie zaznaczony albo nie istniejący wcale), 2) odruch antagonistyczny m. p. p. (wyprostowanie stopy czyli objaw Piotrowskiego), 3) odruch antagonistyczny palców stopy (zgięcie podeszwowe palców stopy).

Z odruchów tych, jak późniejsze badania wykazały, najczęstszym objawem jest odruch ad 2) t. z. „objaw Piotrowskiego".

Fr. Stern badał wspomniany odruch na 317 chorych nerwowo i wyniki swoich badań ogłosił w Med. Klin.[1] Na podstawie swych badań Stern doszedł do wniosku, że objaw Piotrowskiego nie zjawia się w chorobach funkcjonalnych, natomiast występuje obok objawów piramidowych, jak Babiński, Oppenheim, Mendel — Bechterew i in., że często występuje w przypadkach urazu głowy ze wstrząsem mózgu. Pozatem Stern zaznaczył, że omawiany objaw jest długotrwały, zjawia się wcześnie i łatwo może być wywołany; autor podkreśla, że objaw Piotrowskiego jest ważnym wskaźnikiem chorób organicznych mózgu.

A. Falkowski[2]) spotykał objaw ten często w przypadkach ciężkiego urazu głowy i w epilepsji, również w innych organicznych chorobach mózgu, jak paralysis progressiva, sclerosis multiplex, paralysis cerabralis infantilis, morbus Wlsoni.

Autor obserwował objaw Piotrowskiego obok objawu Babińskiego u paralityków dwie godziny po napadach paralitycznych; po dwuch dniach objaw Babińskiego znikał, natomiast objaw Piotrowskiego występował jeszcze w ciągu tygodnia.

M. in. Falkowski przytacza także trzy przypadki dziecięcego porażenia mózgu, gdzie Babiński był dodatni tylko w 2 przypadkach, a Piotrowski we wszystkich trzech, pozatem przypadek choroby Wilsona, gdzie od samego początku był dodatni Piotrowski, do czego dopiero w dalszym przebiegu choroby dołączył się Babiński. U jednej

[1]) Fr. Stern: „Die Klinische Verwertbarkeit des Piotrowskischen antagonistischen Reflexphaenomens", Med. Klinik. Berlin, 1916, nr. 14.

[2]) Ad. Falkowski: „O wartości klinicznej objawu Piotrowskiego", Neurologja Polska, Warszawa 1922.

katatoniczki pojawiły się drgawki z utratą przytomności; atak trwał 15 minut; w 10 godzin po ataku źrenice oddziaływały na światło, odruchy ścięgnowe były wzmożone, objaw Piotrowskiego z lewej strony dodatni, odruch Babińskiego z obu stron ujemny.

Natomiast w dwóch innych przypadkach choroba była umiejscowiona w rdzeniu, nie w mózgu; chodziło tu o myelites haemorrhagica i sclerosis lateralis amyotrophica. W obu przypadkach nie było objawu Piotrowskiego, natomiast objaw Babińskiego był dodatni.

Część konkluzyjna pracy Falkowskiego brzmi: „Spostrzeżenia Piotrowskiego, Sterna i moje wykazały, że objaw Piotrowskiego jest nadzwyczaj czułym wskaźnikiem djagnostycznym, jest o wiele stalszym, występuje wcześniej, trwa dłużej, aniżeli objawy piramidowe jak: Babiński, Oppenheim, Mendel — Bechterew, Rossolimo, Gordon, Trömner, Strümpel.

Brak odruchu Piotrowskiego przy umiejscowieniu sprawy chorobowej wyłącznie w rdzeniu, natomiast występowanie tegoż w zachorzeniach umiejscowionych w mózgu, zmusza nas do koniecznego wniosku, że objaw Piotrowskiego jest oznaką organicznych zachorzeń mózgowych". Autor stawia kwestję, czy objaw Piotrowskiego jest objawem piramidowym, czy też ekstrapiramidowym i kończy uwagą, że istnieją dane, które wskazują na to, że objaw Piotrowskiego jest objawem chorobowym ekstrapiramidowym i że zadaniem przyszłych badań będzie kwestję tę wyjaśnić.

Tego zadania podjał się M. Siemionkin i przeprowadził odpowiednie badania na 547 chorych różnego rodzaju; S. obserwował obecność objawu Piotrowskiego w schizofrenji, katatonji i encephalitis lethargica i ogłosił rezultaty swych badań w Nowinach Psychjatrycznych[1]). i w Revue Neurologique[2]). Autor uwzględnił także wyniki badań swego poprzednika O. Bielawskiego (ogłoszone w Nowinach Lekarskich[3]), który także znajdował objaw Piotrowskiego w katatonji i w schizofrenji.

Siemionkin doszedł do wniosku, że na podstawie wyników badań anatomo - patologicznych, można uważać schizofrenję jak również katatonię i encephalitis lethargica z wielkiem prawdopodobieństwem jako organiczne extrapiramidowe choroby mózgu i że obecność

[1]) M. Siemionkin: „O charakterze wewnętrznym objawu Piotrowskiego", Now. Psychj. rok. 1925, nr. 2, Dziekanka.

[2]) M. Siemionkin: „Sur le charactère intérieur du phénomène de Piotrowski, Revue Neurologique 1925, juin Tom. I nr. 6 et août, Tom II, nr. 2, page 313. Paris.

[3]) O. Bielawski: „Odruchy patologiczne w katatonji", Now. Lek., Poznań 1922.

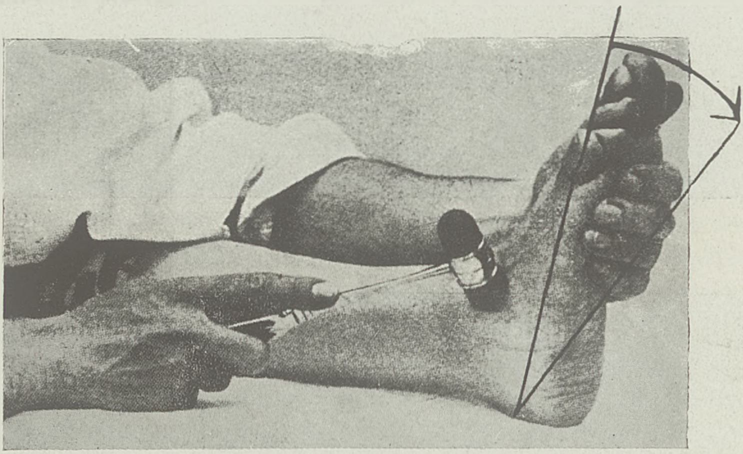


Fig. 1. Z PRACY BALDUZZI'EGO.

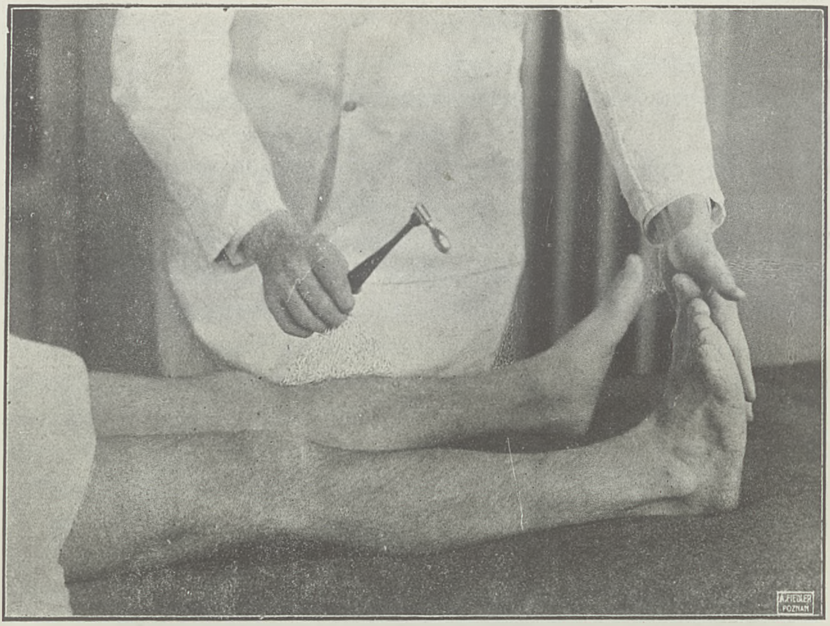


Fig. 2 Z PRACY SIEMIONKINA.

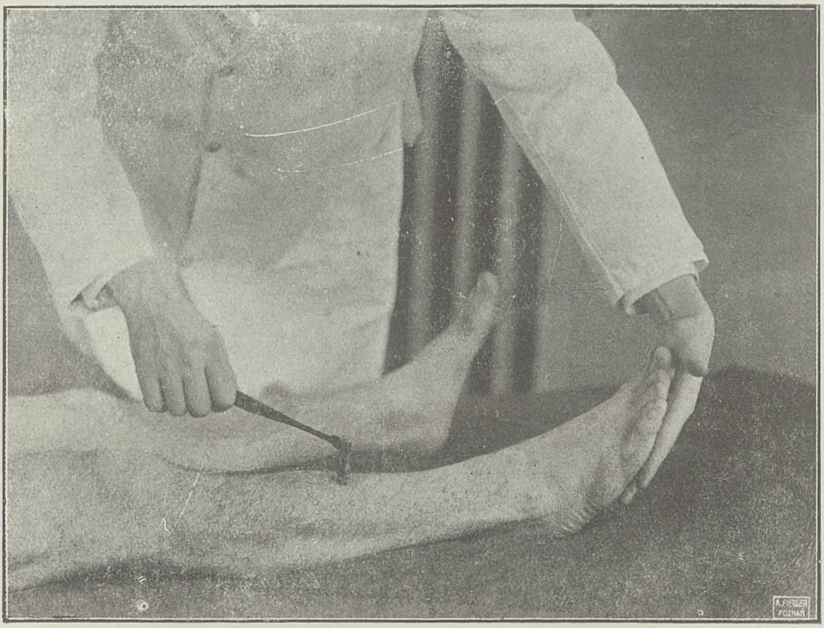


Fig. 3. Z PRACY SIEMIONKINA.

objawu Piotrowskiego właśnie w tych zachorzeniach, extrapiramidowych mózgu świadczy o tem, że odruch ten jest objawem extrapiramidowym.

Streszczając się, autor podkreślił, że objaw Piotrowskiego nie występuje u ludzi zdrowych i w chorobach funkcjonalnych, natomiast zjawia się często po ciężkim urazie głowy ze wstrząsem mózgu, występuje po napadach epileptycznych, nawet 2—3 dni po napadzie. Objaw ten jest czułym i łatwo wywołalnym symptomem. W końcu autor akcentuje, że badania jego potwierdziły wyniki badań autorów poprzednich i wykazały naturę extrapiramidową omawianego objawu.

Na 72 przypadki różnych chorób organicznych mózgu (ciężka epilepsja z demencją, chorea Huntingtoni, katatonia, schizophrenia, paralysis progressiva, encephalitis lethargica, ciężki uraz z trepanacją czaszki, idjotyzm, sclerosis multiplex, daleko posunięta arterjoskleroza mózgu, encephalitis poinfekcyjna, paralysis cerebralis infantilis) zbadanych przezemnie, wykazujących objaw Piotrowskiego obustronnie lub jednostronnie, po jednej stronie silniej niż po drugiej, stwierdziłem odruch z kostki zewnętrznej u 37 chorych: w 20 przypadkach jednostronnie, w 17 przypadkach obustronnie, w tem w dwuch przypadkach po jednej stronie silniejszy niż po drugiej. Odruch z kostki zewnętrznej można było wywołać tylko w tych przypadkach, gdzie pole refleksogenne (Reflexogene Zone) objawu Piotrowskiego było rozszerzone na całe podudzie. Jeżeli więc objaw Piotrowskiego po jednej stronie był słabo zaznaczony, to po tej stronie nie było odruchu z kostki zewnętrznej, natomiast po drugiej, gdzie objaw Piotrowskiego występował silnie, można było wywołać także odruch z kostki zewnętrznej. Tam, gdzie był odruch z kostki zewnętrznej, występował regularnie silnie objaw Piotrowskiego, natomiast nie zawsze towarzyszył objawowi Piotrowskiego odruch z kostki zewnętrznej.

W żadnym przypadku, gdzie objaw Piotrowskiego występował tylko jednostronnie, nie można było wywołać odruchu z kostki zewnętrznej po stronie wolnej od objawu Piotrowskiego.*) Bez objawu Piotrowskiego nie było odruchu z kostki zewnętrznej.

---

*) Uwaga: Podczas badań nad objawem Piotrowskiego i odruchem z kostki zewnętrznej zauważyłem w przypadku ciężkiej katatonji z obustronnym pozytywnym objawem Piotrowskiego bez odruchu z kostki zewnętrznej po obu stronach addukcję palucha, która następowała równocześnie z objawem Piotrowskiego i zamiast odruchu z kostki zewnętrznej. W 4 przypadkach pojawiło się z objawem Piotrowskiego równocześnie podeszwowe zgięcie palców stopy (porównaj Piotrowski: „Odruch antagonistyczny palców stopy" w publikacji „nowy odruch antagonistyczny" w Nowinach Lekarskich r. XXV, nr. 4 oraz „Über einen neuen antagonistichen Reflex", Berl. Klin. Wochenschrift 1913, Nr. 16 page 727), wywołane w jednym przypadku także z kostki zewnętrznej.

Badania powyżej wspomniane dały ponownie sposobność do studjowania rozległości pola refleksogennego objawu Piotrowskiego i wykazały, że pole to, które, jak już poprzedni badacze (Piotrowski, Stern, Falkowski, Bielawski, Siemionkin) stwierdzili, rozciąga się od miejsca przyczepu m. piszczelowego przedniego aż do dolnej części podudzia, w niektórych przypadkach zaawansowanych organicznych zachorzeń mózgowych z ekscesywną hyperrefleksją, rozszerza się dalej ku dołowi i zajmuje także okolicę kostki zewnętrznej. Wiemy, że objaw Piotrowskiego występuje często już na początku organicznego zachorzenia mózgu, gdy inne symptomy patologiczne nie są jeszcze rozwinięte; natomiast odruch z kostki zewnętrznej ujawnia się dopiero wtedy, kiedy pole refleksogenne objawu Piotrowskiego jest odpowiednio rozszerzone.

Na rozszerzenie pola reflexogennego zwraca szczególnie uwagę także Robert Bing w swojej „Topicznej Djagnostyce"[1]), gdzie autor wskazuje na znany fakt, że w przypadkach nadmiernie rozszerzonego pola refleksogennego (a więc w zachorzeniach organicznych systemu nerwowego), odruch kolanowy może być wywołany nie tylko ze ścięgna kolanowego, lecz także uderzeniem w przednią powierzchnię piszczeli, albo nawet w grzbiet stopy; odruch adduktorów może być wywołany nie tylko z kłykcia wewnętrznego piszczeli, ale także ze wszystkich punktów położonych na przestrzeni sięgającej do kostki wewnętrznej.

Tak samo objaw Piotrowskiego może być wywołany w przypadkach niezmiernie rozszerzonego pola refleksogennego w organicznych zachorzeniach mózgu nie tylko z mięśnia piszczelowego przedniego, ale także z kostki zewnętrznej, na co zwrócił uwagę Skoczyński t. z., że odruch z kostki zewnętrznej stanowi tylko specjalny przypadek objawu Piotrowskiego.

Wobec tego stwierdzamy, że odruch z kostki zewnętrznej, opisany przez Balduzziego, nie jest zasadniczo czemś nowem, lecz tylko skutkiem dalszego rozszerzenia pola refleksogennego w objawie Piotrowskiego. Jak przytoczone głosy z piśmiennictwa świadczą, objaw ten stanowił od lat 13 przedmiot badań całego szeregu autorów, którzy jego właściwość, znaczenie i wartość kliniczną wykazali i ustalili.

---

[1]) Robert Bing: „Kompendium der topischen Gehirn- u. Rückenmarksdiagnostik". Pag. 27, Berlin u. Wien 1917, Urban u. Schwarzenberg.

Hôpital Psychiatrique Publique du Pays (Posnanie) à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

LE RÉFLEXE DU MALLÉOLE EXTERNE — ET LE PHÉNOMÈNE DE PIOTROWSKI.

Par
LE DR. K. SĄGIN.

L'auteur démontre, que le réflexe du malléole externe, décrit par Balduzzi dans la „Monatschrift fuer Psychiatrie und Neurologie" (vol. 58 I, déc. 1925) fait partie essentielle du phénomène de Piotrowski.

Le réflexe du malléole externe consiste dans l'extension du pied, obtenue par un coup du marteau à percussion, donné sur le bord antérieur du malléole externe. Balduzzi propose d'appeler ce symptôme „réflexe du malléole externe" (Reflex des äusseren Malleolus) et remarque que le moyen facile de causer ce réflexe c'est de faire coucher le malade sur le dos, les extrémités inférieures allongées (fig. 1), ou sur le ventre, le mollet relevé; les muscles doivent être détendus, le pied tenu légèrement dans une flexion dorsale. Les marques distinctives du réflexe en question sont: la contraction des musculi gastrocnemii et l'extension du pied. Dans certains cas on remarque l'adduction du pied et quelquefois son extension et adduction. Balduzzi qualifie ce symptôme de réflexe périostal, pathognomonique pour les maladies organiques du système nerveux central.

Le réflexe du malléole externe fait partie essentielle du phénomène, décrit il y a déjà treize ans par Al. Piotrowski dans la „Berliner Klinische Wochenschrift" 1912, nr. 51, p. 2412, et 1913, nr. 16, p. 726, de même que dans les „Nowiny Lekarskie", an XXV, nr. 3. et 4. Poznań.

Le phénomène de Piotrowski consiste en ce qu'un coup de marteau à percussion sur le musculus tibialis anticus ou bien sur la partie inférieure ou sur le milieu du muscle produit une extension des musculi gastrocnemii et l'extension du pied. Au lieu du musculus tibialis anticus c'est son antagoniste qui se contracte en produisant un effet tout

contraire, exclusivement propre au réflexe d'Achille. On peut renforcer l'effet en courbant légèrement en sens dorsal le pied (fig. 2) et en frappant de martellet percussif le m. tibialis anticus (fig. 3).

Le phénomène de Piotrowski ne se rencontre ni chez les gens bien portants ni chez les personnes atteintes de maladies fonctionelles, seulement dans les cas de maladies organiques du cerveau se produit souvent ce réflexe, qui est un phénomène de nature extrapyramidale.

L'auteur, ne manquant pas de mentionner les recherches de ses prédécesseurs (Piotrowski, Stern, Falkowski, Bielawski, Siemionkin) a examiné 72 cas de maladies organiques du cerveau présentants le phénomène de Piotrowski et a constaté le réflexe du malléole externe chez 37 malades. Il n'a été possible d'évoquer le réflexe du malléole externe que dans les cas où la zone réflexogène du symptôme de Piotrowski était étendue sur toute la jambe, jusqu'à comprendre la région du malléole externe. Là, où apparaissait le réflexe du malléole externe, le phénomène de Piotrowski s'accentuait régulièrement; au contraire, le réflexe du malléole externe n'accompagnait pas toujours le phénomène de Piotrowski. Sans le phénomène de Piotrowski il n'y avait pas de réflexe du malléole externe.

En résumé l'auteur relève le fait que le réflexe du malléole externe décrit par Balduzzi n'est pas en principe chose nouvelle, mais présente un effet de l'extension de la zone réflexogène dans le phénomène de Piotrowski. Comme on le voit d'après les ouvrages déjà cités, ce phénomène a été depuis treize ans un objet des recherches pour maints auteurs qui ont démontré et constaté son importance et sa valeur clinique.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

OPIEKA NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W B. ZABORZE PRUSKIM.

Referat dla VI-go Zjazdu Psychjatrów Polskich w Krakowie w dn. 23, 24, 25 V. 1926 r.

przygotował

AL. PIOTROWSKI.

Opieka nad psychicznie chorymi w b. zaborze pruskim jest ustaloną ustawą z dnia 11. lipca 1891 r., obowiązującą od 1. kwietnia 1893 i regulaminami wykonawczemi do tej ustawy, dla Poznańskiego regulaminem z dnia 27. marca 1893 r. Według tej ustawy *krajowe* związki ubogich są zobowiązane do następujących świadczeń: umieszczenie i pielęgnowanie w zakładach psychjatrycznych wszystkich chorych psychicznie, idjotów i epileptyków, potrzebujących opieki zakładowej i dostarczenie im środków leczniczych i pielęgnacji.

Tymczasowo opłacający koszta kuracji krajowy związek ubogich może zażądać zwrotu kosztów od tego krajowego związku ubogich, w którego obrębie ma swoją siedzibę *miejscowy* związek ubogich, ostatecznie zobowiązany do świadczeń.

§ 31a ustawy ustala, że ogólne koszty administracyjne zakładu i koszty pogrzebu ponosi krajowy związek ubogich, który może zażądać zwrotu tych kosztów od miejscowego związku ubogich, ostatecznie zobowiązanego do świadczeń i to za pośrednictwem powiatu, w którym ów miejscowy związek ubogich ma swoją siedzibę. Powiat natomiast jest zobowiązany zwrócić $^2/_3$ kosztów miejscowemu związkowi ubogich.

Według § 31b, regulamin o przyjęciu i zwolnieniu chorego jako też wysokość kosztów kuracji zakładowej muszą być zatwierdzone przez kompetentnego ministra. Według § 31d powiaty wiejskie i miejskie mogą umieszczać swoich psychicznie chorych we własnych zakładach. W tych przypadkach powiaty wiejskie ponoszą same ogólne koszty administracyjne, wolno im jednakże ściągnąć od miejscowych związków ubogich $1/3$ tych kosztów.

Pozatem normują opiekę psychjatryczną liczne przepisy administracyjne, zawarte w okólnikach ministerjalnych.

Opieka psychjatryczna koncentruje się przeważnie w zakładach psychjatrycznych, atoli także opieka w rodzinie jest do pewnego stopnia zorganizowana.

Były zabór pruski posiadał cały szereg zakładów różnego gatunku dla psychicznie chorych, zakłady publiczne i prywatne, ogólne dla psychicznie chorych wszelkiego rodzaju i specjalne dla epileptyków, alkoholików i psychicznie chorych przestępców.

Obecnie następujące psychjatryczne zakłady publiczne przyjmują chorych psychicznie: w Rybniku i Lublińcu na Śląsku, w Dziekance, w Kościanie i Owińskach w Poznańskiem, w Kocborowie i Świeciu na Pomorzu. Zakład w Wejherowie na Pomorzu, mogący pomieścić 800 chorych, został zlikwidowany.

Wymienione zakłady (excl. Wejherowa) mogą dać pomieszczenie ca. 6600 chorym.

Według obliczeń statystycznych przyjmuje się, że na 1.000 mieszkańców przypada trzech psychicznie upośledzonych. Tylko Anglja posiada pomieszczenie w zakładach psychjatrycznych dla wszystkich chorych. Przed 40 laty w b. zaborze pruskim na 100 chorych znajdowało się w zakładach psychjatrycznych w Poznańskiem tylko 13, na Pomorzu tylko 15, na Śląsku 27 chorych, to znaczy, że Śląsk posiadał wówczas względnie najlepiej zorganizowaną opiekę zakładową dla psychicznie chorych, a Poznańskie najgorszą. Na wspomnianym terenie nie było dostatecznego pomieszczenia dla psychicznie chorych. Z biegiem czasu stosunki się poprawiły, gdy powstały nowe zakłady psychjatryczne, jak Dziekanka i Kocborowo, wzgl. gdy zostały powiększone stare zakłady jak Kościan, Owińska, Świecie, Wejherowo, Lubliniec i Rybnik. Obecnie na 100 chorych psychicznie ca 70 chorych znajduje opiekę w zakładach, to jest w stosunku 3:2. Ponieważ na trzech chorych tylko 1 chory potrzebuje koniecznie umieszczenia w zakładzie psychjatrycznym, przeto w zakładach położonych na ziemiach b. zaboru pruskiego wiele miejsc jest niezajętych i wolnych i może być zużytych dla pacjentów z innych dzielnic Polski.

Opieka w rodzinie i kolonje psychjatryczne zorganizowane są w Dziekance i w Kocborowie. W opiekę rodzinną (przeważnie do pielęgniarzy żonatych) oddaje się pacjentów chroników (nie więcej jak 2 chorych do jednej rodziny), albo takich, których stan psychiczny

poprawił się tak dalece, że nie potrzebują koniecznie opieki zakładowej. Zakład ma nadzór nad tymi chorymi; lekarz zakładu, któremu opieka nad tymi chorymi została powierzona, odwiedza ich regularnie. Zakład płaci za chorego $^{2}/_{3}$ kosztów, jakie pobiera; pozatem daje łóżko, pościel i bieliznę. Chorego wolno zatrudniać lekkiemi zajęciami domowemi, nie wolno jednak wyzyskiwać go jako siły robotniczej.

Do utworzenia kolonji potrzebna jest rola, albowiem w uprawie roli mamy jeden z najlepszych środków terapji psychjatrycznej. Prawie wszystkie zakłady (z wyjątkiem Rybnika i Owińsk) posiadają własną rolę, począwszy od 300 (Świecie) do 1300 mórg magdeburskich (Kocborowo).

Dla zbrodniarzy psychicznie chorych istnieją odpowiednie szpitale wzgl. oddziały przy zakładach, jak oddział psychjatryczny przy więzieniu w Grudziądzu, przeznaczony dla 50 przestępców psychicznie chorych, oddział dla przestępców przy zakładzie psychjatrycznym w Kocborowie i przy zakładzie w Rybniku. Odpowiedni oddział dla przestępców psychicznie chorych w Poznańskiem dostał się razem z krajowym zakładem psychjatrycznym międzyrzeckim do Niemiec. Oprócz wymienionych zakładów psychjatrycznych istnieją jeszcze przytułki dla psychicznie chorych: w Poznaniu i w Gdańsku.

Zakład w Owińskach i zakład w Świeciu posiadają odpowiednie oddziały i szkołę dla dzieci niedorozwiniętych, zdolnych do nauki szkolnej.

W Poznańskiem każdy publiczny zakład psychjatryczny ma przydzielonych kilkanaście powiatów, z których rekrutują się pacjenci zakładu. Wszelako zakład może przyjąć także chorych pochodzących z innych okręgów.

Umieszczenie chorych w zakładach psychjatrycznych poznańskich jest unormowane przepisami uchwalonemi na posiedzeniu sejmiku krajowego w dniu 5. marca 1895 r. dla Dziekanki i Owińsk, a w dniu 27. lutego 1901 r. dla Kościana. Odnośne przepisy zostały zatwierdzone na podstawie § 42 rozporządzenia o administracji samorządu prowincji poznańskiej z dnia 5. listopada 1889 r. przez Min. Spraw Wewn. i Min. Oświaty.

Psychicznie chorych przyjmuje się do zakładów psychjatrycznych na następujących warunkach:

W celach umieszczenia osoby psychicznie chorej w krajowym zakładzie psychjatrycznym należy podać wniosek do Starosty Kra-

jowego (Poznańskie i Pomorskie) wzgl. do Urzędu Wojewódzkiego (Śląsk). Do tego wniosku należy dołączyć świadectwo lekarskie lekarza urzędowego o konieczności umieszczenia chorego w zakładzie, pozatem piśmienne zobowiązanie z legalizowanym podpisem osoby uprawnionej do ponoszenia kosztów zwyczajnych i nadzwyczajnych, powstałych z kuracji chorego w zakładzie, wzgl. w razie ubóstwa chorego należy przedłożyć prócz świadectwa lekarskiego przynajmniej piśmienne oświadczenie gminy, z której pacjent pochodzi, albo odnośnego magistratu, starostwa powiatowego, kasy chorych lub innej instytucji zobowiązanej do świadczeń za chorego, że przyjmuje na siebie koszty kuracji. Wreszcie należy dołączyć wywiad urzędowy o stosunkach osobistych i majątkowych pacjenta i osoby opłacającej koszty za pacjenta. Wywiad urzędowy wystawia kompetentna władza, t.j. starosta powiatowy, magistrat albo komisarz obwodowy, w którego okręgu chory do ostatniej chwili zamieszkiwał. Odpowiednie formularze przepisuje Starosta Krajowy. W nadzwyczajnych przypadkach, w przypadkach nagłych, wystarczy świadectwo lekarza prywatnego, a wniosek o przyjęcie można skierować wprost do dyrekcji zakładu psychjatrycznego. Dyrektor może wtedy bezpośrednio przyjąć chorego do zakładu, ale musi donieść o tem niezwłocznie Starostwu Krajowemu. Umieszczenie chorego w zakładzie winno być uskutecznione w przeciągu 8 tygodni od chwili, w której nastąpiło zezwolenie na przyjęcie. Po 8 tygodniach musi być podany nowy wniosek o przyjęcie.

Choremu powinna towarzyszyć osoba, będąca w posiadaniu dokumentu konwoju, który się przedkłada dyrekcji; konwojent otrzymuje zaświadczenie o przyjęciu chorego do zakładu.

O przyjęciu pacjenta donosi się Staroście Krajowemu, policji obwodu, w której zakład jest położony, policji miejsca, gdzie pacjent mieszkał, prokuratorowi okręgu sądowego, do którego należy miejsce zamieszkania pacjenta; prokuratorowi okręgu sądowego, w którym jest położony zakład, donosi się o przyjęciu pacjentów pochodzących z innych dzielnic lub krajów i państw. Na żądanie prokuratora zakład wysyła także regularne sprawozdania o stanie choroby pacjenta. O przyjęciu chorego ubezwłasnowolnionego zakład uwiadamia sąd opiekuńczy.

Koszty pielęgnacji opłaca się miesięcznie z góry, a za ubogich kwartalnie z dołu.

W Poznańskiem opłata za ubogiego wynosi 1,85 zł, a po 3 zł za chorych państwowych. W III. kl. opłaca się 3.00 zł, w II. 4.50 zł, w I. kl. 7—10 zł. Chorzy pochodzący z innych dzielnic dopłacają 30%.

Odżywianie pacjentów, unormowane regulaminem z dnia 16-go marca 1911 r., jest dostateczne, obfituje w białko i tłuszcz i daje 3 — 4000 kalorji dziennie.

Uchwałą z dnia 4. marca 1907 r. poznański sejmik krajowy wyznaczył pewną kwotę, z której wypłaca się w celach przyspieszenia oddania psychicznie chorych w opiekę zakładową, premję w wysokości jednorocznych kosztów kuracji tym miejscowym związkom ubogich, które spowodowały umieszczenie psychicznie chorego w zakładzie psychjatrycznym w pierwszych trzech miesiącach po pojawieniu się pierwszych objawów chorobowych. O czasokresie wspomnianym decyduje dyrektor zakładu, a premje wyznacza Starosta Krajowy.

Starosta Krajowy jest uprawniony do przeniesienia chorego z jednego do drugiego zakładu jemu podwładnego. Dyrektor zakładu może chorego urlopować na 6 tygodni; urlopu na dłuższy czas udziela Starosta Krajowy.

O zwolnieniu chorego decydują następujące momenty:

Pacjent *musi* być zwolniony, jeżeli wyzdrowiał, jeżeli sąd odmówił ubezwłasnowolnienia albo zniósł ubezwłasnowolnienie, jeżeli władza, która zarządziła umieszczenie pacjenta w zakładzie, zażąda zwolnienia go, jeżeli rodzina albo prawny zastępca, który spowodował umieszczenie chorego w zakładzie, zwolnienia jego zażąda.

Pacjent *może* być zwolniony, jeżeli nie potrzebuje więcej opieki zakładowej, jeżeli zapłata za chorego nie jest uiszczona, jeżeli niema miejsca w zakładzie. O każdem zwolnieniu donosi się Starostwu Krajowemu, policji i prokuratorowi, wreszcie sądowi opiekuńczemu, jeżeli pacjent jest ubezwłasnowolniony.

W razie potrzeby konwój wyznaczany jest przez policję miejsca zamieszkania chorego, jeżeli niema stosownego konwoju rodzinnego. Choremu albo jego towarzyszowi wręcza się spis przedmiotów i gotówki, którą chory przy sobie posiada. Konwojent otrzymuje odpowiednią legitymację.

Urlopowanie i zwolnienie chorych niebezpiecznych dla otoczenia zależne jest od zgody urzędu policyjnego miejsca, w którem chory zamieszkuje.

Osoby chore, uwolnione od winy i kary z § 51 k. k. albo osoby, których sprawa sądowa została umorzona z § 203 procedury karnej, jako też przestępcy psychicznie chorzy, u których kara za popełniony czyn została zawieszona, dalej osoby, których umieszczenie w zakładzie spowodował urząd policyjny, z wyraźnem żądaniem uwiadomienia go o zwolnieniu chorego, osoby uznane za niebezpieczne przez zakład: wszystkie te kategorje mogą być zwolnione po przeprowadzeniu odpowiedniej korespondencji z odnośnem starostwem powiatowem, z policją miejsca, w której chory ma zamieszkać. Wymienionym władzom należy zakomunikować o zamierzonem zwolnieniu chorego z zakładu i przedłożyć materjał, mianowicie wyczerpujące orzeczenie lekarskie i dopiero po nadejściu opinji władzy, powziąć odpowiednią decyzję. O ile policja nie odpowiedziała w ciągu trzech tygodni, wtedy zakład może zwolnić chorego bezpośrednio, powinien jednakże donieść o dokonanem zwolnieniu odnośnej władzy administracyjnej, w której obrębie chory zamieszkuje. Do punktu pierwszego należy także uwiadomienie prokuratora. O ile prokurator sprzeciwi się zwolnieniu, a urząd policyjny zgodzi się na nie, wtedy sprawę należy przedłożyć wojewodzie. Również należy donieść komisji poborowej o zwolnieniu pacjentów, którzy jeszcze nie uczynili zadość powinności wojskowej.

Jeżeli oddalił się z zakładu pacjent niebezpieczny dla otoczenia, należy powiadomić o tem policję i wskazać ew. środki ostrożności. Jeżeli sprowadzenie pacjenta, który się oddalił, jest połączone ze stosowaniem przymusu, to nie pielęgniarz, ale funkcjonarjusz władzy bezpieczeństwa przyprowadza chorego z powrotem.

Natomiast choremu, udającemu się do zakładu psychjatrycznego na kurację, nie powinien towarzyszyć funkcjonarjusz policyjny w mundurze.

Służba wewnętrzna w poznańskich krajowych zakładach psychjatrycznych jest unormowana regulaminem z dnia 2. marca 1897 r. dla Dziekanki i Owińsk, a regulaminem z 27. lutego 1901 r. dla Kościana.

Na czele zakładu psychjatrycznego stoi dyrektor-psychjatra, który jest jednocześnie kierownikiem administracji i naczelnym lekarzem. Do pomocy dodani mu są urzędnicy administracyjni jak: inspektor czyli intendent, rendant, sekretarz krajowy; w czynnościach szpitalnych dyrektor ma do pomocy lekarzy. Obowiązki personału wyszczególnione są w następujących przepisach: §§ 1 i 2 tego regulaminu określają stanowisko i obowiązki poszczególnych grup funk-

cjonarjuszy zakładowych. W § 3. określona jest odpowiedzialność personału za szkody powstałe z jego winy. Zakazane jest personałowi przyjmować podarki od chorych lub od krewnych pacjentów. Datki pieniężne dla personału winne być składane do wspólnej kasy; kwotę zebraną z datków rozdziela dyrektor między personał. Nie wolno sprzedawać chorym albo kupować od nich nawet drobnostek, nie wolno pośredniczyć w ich korespondencji. W § 5. zabrania się używania alkoholu, w § 6 wymaga się absolutnej subordynacji. § 7. reguluje drogę i sposób zażaleń. W § 8 omówiona jest służba na oddziałach, § 9 dotyczy formy przyjęcia chorego na oddział. W § 10 jest mowa o ubraniu i bieliźnie, w § 11 o pożywieniu chorych; § 12 zawiera przepisy o zachowaniu się personału w specjalnych budynkach szpitalnych i warsztatowych, o urządzeniach technicznych i ich użytku. § 13 omawia stronę higieniczną urządzeń szpitalnych i życia szpitalnego. § 14 zaleca ostrożność przy manipulowaniu ogniem, jakoteż zakazuje wydawania chorym zapałek i palenia tytoniu na oddziałach. W § 15 mowa jest o dyżurach lekarskich, w § 16 o zwiedzaniu zakładu przez obcych.

Oprócz tych ogólnych przepisów istnieją specjalne przepisy służbowe dla personału pielęgniarskiego, gdzie w 19 paragrafach ujęte są obowiązki i czynności związane z pielęgniarstwem psychjatrycznem. Dodatek A. do tych przepisów zawiera wskazówki, jak należy się zachować wobec epileptyków podczas napadu kurczowego. Dodatek B. natomiast zawiera osobne przepisy dla służby nocnej. Pozatem istnieją osobne przepisy dla personału w przypadkach pożaru; w przepisach tych są wyszczególnione obowiązki różnych kategorji urzędników zakładowych, począwszy od dyrektora, a skończywszy na stróżu. Każdy urzędnik i funkcjonarjusz ma ściśle określony zakres działalności i odpowiednio wskazane stanowisko w czasie pożaru.

W Dziekance personał pielęgniarski podzielony jest na następujące grupy:

I. Personal kontraktowy.

1) Posługujący — 2) Posługująca.

2) Pielęgniarz pomocniczy. — 2) Pielęgniarka pomocnicza.

II. Urzędnicy - pielęgniarze ustaleni z prawem do emerytury.

3) Pielęgniarz — 3) Pielęgniarka.

4) Oddziałowy — 4) Oddziałowa.

5) Nadpielęgniarz — 5) Nadpielęgniarka.

Młode osoby, zgłaszające się do służby pielęgniarskiej, nie posiadające odpowiedniego wykształcenia i kwalifikacji, przyjmuje się na posługujących, inteligentniejsze osoby na uczenice.

Personal, zgłaszający się do służby zakładowej, musi się przed objęciem obowiązków poddać badaniu lekarskiemu i przedłożyć świadectwo moralności. Zwykle przyjmuje się personał na trzymiesięczną próbę. Dla najmłodszego personału wyznaczone jest wynagrodzenie w wysokości 20 zł, pozatem kompletne wolne utrzymanie, t. j. mieszkanie, opał, światło, pranie, ubranie służbowe i pożywienie 3. klasy, dające dziennie 3000 — 3300 kalorji. Personał nowo przyjęty zapoznaje się z przepisami służbowemi wszelkiego rodzaju. Z personałem nowo przyjętym bywa spisana umowa, którą strony podpisują, a kandydat zamiast przysięgi podaniem ręki obowiązuje się wobec dyrektora do posłuszeństwa i sumiennego wykonywania powinności służbowych.

Personał posługujący przedstawia najniższą warstwę służby szpitalnej. Dla osób inteligentniejszych i pod względem moralnym pewnych odbywają się kursy przygotowawcze pielęgniarstwa psychjatrycznego z 2-rocznym programem; kursy te uznane są jako kursy państwowe. Lekarze wykładają: 1) anatomję i fiziologję człowieka, 2) higjenę, 3) psychjatrję praktyczną. Pozatem w osobnych lekcjach poucza się słuchaczów o obowiązkach i odpowiedzialności prawnej pielęgniarza, tłumaczy się przepisy służbowe. Uczeń dowiaduje się, co to jest choroba psychiczna, uczy się rękoczynów potrzebnych do sprawnego podtrzymywania lub trzymania chorych słabowitych, dowiaduje się, jak należy ochronić chorego przed szkodliwościami, jak należy go karmić, kąpać, pielęgnować, przenosić itp. Wszystkie te wiadomości są wykładane zimową porą w kursach teoretycznych, a latem stosowane praktycznie na oddziałach.

Po 2 latach kandydaci mogą zgłosić się do egzaminu, o ile skończyli 21 rok życia. Po złożonym egzaminie w miarę kwalifikacji moralnych i zdolności, awansują na pielęgniarzy pomocniczych. Dopiero pielęgniarze pomocnicy należą do personału pielęgniarskiego i dostają wyższe pobory.

Posługujący, który nie brał udziału w kursach, pozostaje nadal posługującym.

Po 10-letniej nienagannej służbie pielęgniarz pomocniczy, o ile przeszedł kursy dokształcające, może starać się o posadę pielęgniarza-urzędnika z prawem do emerytury. Ta 10-cio letnia praktyka przy-

gotowawcza daje rękojmię, że kandydat na pielęgniarza nauczył się pielęgnować psychicznie chorych, że zna swoje obowiązki i przepisy i że wytrwa w obranym zawodzie. Ustalenie otrzyma tylko ten kandydat, który posiada moralne kwalifikacje na urzędnika. Nie każdy pielęgniarz pomocniczy musi być eo ipso ustalonym.

Z pomiędzy pielęgniarzy ustalonych wybiera się oddziałowych, którzy mają dozór nad oddziałem. Umiejący samodzielnie pracować, energiczny, zaradny i roztropny pielęgniarz oddziałowy może zostać nadpielęgniarzem, o ile wakuje posada nadpielęgniarza.

Stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego incl. posługujących,, po potrąceniu liczby pielęgniarzy pryw. i dozoru nocnego, przedstawia się w Dziekance naogół jak 1:11, niekiedy jak 1:12. Z początku ze względów oszczędnościowych, później z przyczyn zasadniczych, zredukowano ilość personału. Służba nocna zorganizowana jest w ten sposób, że na każdym oddziale czuwa jedna osoba, starsza, doświadczeńsza. W pobliżu natomiast śpi druga, młodsza osoba, której obowiązkiem jest na zawołanie czuwającego dać pomoc. Za każdą przerwę we śnie z przyczyny służbowej, przebudzony zyskuje we dnie jedną godzinę wolną od pracy, t. zn. że pracuje jedną godzinę mniej, a jeżeli wstawał w nocy 3 razy do chorego, następnego dnia jest zwolniony zupełnie od pracy. Ten sposób dozoru nocnego okazał się korzystniejszym, albowiem pozwolił zmniejszyć ilość pielęgniarzy nocnych o 7 osób, co przynosi znaczne oszczędności w budżecie personalnym. Obecnie na ca. 900 pacjentów przypada 107 pielęgniarzy i pielęgniarek, 56 mężczyzn i 51 kobiet. Od tej liczby odjąć należy 2 nadpielęgniarzy i 2 nadpielęgniarki, 16 osób zatrudnionych w pielęgnacji prywatnej, 11 osób służby nocnej i 1 uczennicę na przełożoną; pozostaje 80 pielęgniarzy, pielęgniarek i posługujących do dyspozycji chorych, t. zn. stosunek ilościowy personału pielęgniarskiego do pacjentów przedstawia się obecnie jak 1:11.

Personał ten wystarcza zupełnie, albowiem w Dziekance panuje zasada, aby jaknajwięcej pacjentów wyzwolić z pod dozoru i przyzwyczaić do poprawnego życia samodzielnego. Mimo szczupłej liczby pielęgniarzy, samobójstwa w ostatnich 5 latach w Dziekance nie było.

Ogółem stosunek personału, t. j. lekarzy, urzędników administracyjnych, służby, personału pielęgniarskiego, do pacjentów przedstawia się jak 1:6.

Nadzór administracyjny nad krajowemi zakładami psychjatrycznemi wykonuje Starosta Krajowy (w Poznańskiem i na Pomorzu) wzgl. Urząd Wojewódzki (na Śląsku). Nadzoru psychjatrycznego obecnie niema. Dawniej nadzór psychjatryczny wykonywał generalny inspektorat psychjatryczny dla prowincji wschodnich, urzędujący w Berlinie.

Zakładów prywatnych nie warto na tem miejscu poruszać, bo ich już prawie niema, z wyjątkiem prywatnego zakładu dla alkoholików św. Jana w Tarnowskich Górach na Śląsku.

W ogólności przepisy dotyczące zakładów prywatnych przewidują następujące formalności przy przyjęciu chorego do zakładu:

Chory może być przyjęty na podstawie świadectwa lekarskiego, wszelako kierownik zakładu jest zobowiązany w przeciągu 24 godzin powiadomić lekarza powiatowego o przyjęciu chorego; lekarz powiatowy najpóźniej 48 godzin po przyjęciu chorego do zakładu musi pacjenta zbadać i poświadczyć konieczność opieki zakładowej. Od obowiązku przywołania lekarza powiatowego kierownik zakładu jest zwolniony, jeżeli chory przyniósł ze sobą świadectwo dyrektora zakładu publicznego albo innego lekarza urzędowego.

O przyjęciu chorego należy donieść w przeciągu 24 godzin prokuratorowi, policji miejscowej, policji w miejscu zamieszkania chorego; sądowi opiekuńczemu, jeżeli chory jest ubezwłasnowolniony. Do każdego doniesienia należy dołączyć kopję świadectwa lekarskiego, na podstawie którego przyjęcie chorego do zakładu zostało dokonane. Jeżeli pacjent jest obcokrajowcem, należy donieść o jego przyjęciu „prezydentowi prowincji", t. j. w naszych warunkach, wojewodzie. Na żądanie prokuratora kierownik zakładu musi regularnie referować o stanie chorobowym pacjenta. Przepisy tyczące zwolnienia chorego podobne są do przepisów obowiązujących w zakładach publicznych. Kierownik zakładu prywatnego może urlopować chorego na 2 tygodnie, ale musi donieść o tem policji odnośnego okręgu oraz policji w miejscu zamieszkania chorego. W nadzwyczajnych przypadkach, uzasadnionych osobliwemi okolicznościami, urlop może być przedłużony do 3 miesięcy. Chory niebezpieczny może być urlopowany albo zwolniony tylko za zgodą policji w miejscu zamieszkania chorego. O zwolnieniu chorego z zakładu, wzgl. o jego śmierci, kierownik zakładu donosi policji obwodu, w którym zakład jest położony, policji w miejscu zamieszkania chorego, prokuratorwi, sądowi zaś opiekuńczemu, jeżeli chory jest ubezwłasnowolniony.

Niektóre zakłady mają t. zw. oddziały otwarte dla dobrowolnie zgłaszających się kuracjuszów. Do tych oddziałów przyjmuje się pacjenta na podstawie jego wniosku, w którym chory prosi o przyjęcie na kurację do zakładu, oraz na podstawie świadectwa lekarskiego, zawierającego poświadczenie lekarza, że pacjent ma zrozumienie poddania się kuracji zakładowej i że choroba jego nadaje się do leczenia w zakładzie psychjatrycznym. W razie pogorszenia się choroby i potrzeby chory może być przeniesiony na oddział zamknięty, ale wtedy muszą być dokonane wszelkie formalności związane z umieszczeniem chorego w zakładzie zamkniętym. Nadzór nad zakładem prywatnym sprawuje lekarz powiatowy i komisja rządowa, w skład której wchodzi doświadczony psychjatra (zwykle dyrektor zakładu publicznego), kierownik wojewódzkiego urzędu zdrowia (lekarz) i doświadczony urzędnik administracyjny jako przedstawiciel elementu nie-lekarskiego.

Lekarz powiatowy ma obowiązek wizytować zakład prywatny 2 razy do roku, a komisja 1 raz. Przy każdej rewizji lekarze zakładu muszą być obecni, ażeby w razie potrzeby informować rewizorów.

Hôpital Psychiatrique public du Pays (de Posnanie) à Dziekanka.
Dir. Dr med. Dr. phil. Al. Piotrowski.

L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE DANS LES PROVINCES AUTREFOIS ANNÉXÉES PAR LA PRUSSE.

Par
ALEXANDRE PIOTROWSKI.

Rapport préparé pour le VI. Congrès des Aliénistes Polonais à Cracovie au 23, 24, 25 mai 26.

L'assistance aux aliénés dans les proviences autrefois annéxées par la Prusse repose en premier lieu sur le statut du 11. juillet 1891, qui veut que les Associations communales pour l'assistance aux pauvres, locales et régionales, assurent l'entrée, l'entretien et le traitement dans les hôpitaux psychiatriques de tous les aliénés, idiots et épileptiques qui réclament les services d'hôpital.

En outre de nombreuses instructions administratives énoncées dans les circulaires ministériels (de la Prusse) règlent le traitement qui se concentre principalement dans les hôpitaux psychiatriques (à Lubliniec et Rybnik en Silésie, à Dziekanka, Kościan et Owińska en Posnanie, à Kocborowo et Świecie en Poméranie). Le patronage familial est organisé de même.

Pour les aliénés criminels il y a des divisions spéciales, en Silésie à l'hôpital de Rybnik, en Poméranie à l'hôpital de Kocborowo et à la prison de Grudziądz (pour 50 malades). Les hôpitaux psychiatriques d' Owińska (en Posnanie), et Świecie (en Poméranie) ont des divisions particulières et des écoles pour des enfants oligophréniques, qui sont encore en état de suivre les cours scolaires.

L'hospitalisation des malades en Posnanie et leur renvoi sont réglés par les instructions arrêtées à la séance de la diète de Posnanie au 5. mars 1895 pour les hôpitaux de Dziekanka et d' Owińska et au 27. février 1901 pour celui de Kościan et ratifiées sur base de l'article 42 du décret sur l'administration de l'autonomie de la province de Posnanie au 5. novembre 1889 par le ministre des Affaires Intérieurs et celui de l'Instruction Publique (de la Prusse).

Par un arrêt du 4. mars 1907 la diète de Posnanie a décidé de payer une récompense aux communes pour le placement précoce des malades dans l'hôpital.

Le service intérieur dans les hôpitaux psychiatriques est réglé par les instructions du 2. mars 1897 pour l'hôpital de Dziekanka et d'Owińska et par l'instruction du 27. février 1901 pour Kościan.

Les devoirs du personnel, de même que sa position légale sont déterminés par les réglements généraux qui embrassent en 16 articles l'ensemble des fonctions. En outre, des réglements spéciaux en 19 articles et 2 suppléments (A et B) définissent les procédés qui se rapportent au service des aliénés et aux devoirs des garde — malades dans l'enceinte de l'hôpital.

La surveillance administrative des hôpitaux psychiatriques est accomplie par le „starosta krajowy" (en Posnanie et Poméranie) et par le „wojewoda" (en Silésie).

Les établissements privés sont soumis à des règles différentes et leur surveillance est autrement oraganisée.

VI ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH

Dnia 23, 24 i 25 maja b. r. odbędzie się w Krakowie
VI ZJAZD PSYCHJATRÓW POLSKICH*)

PIERWSZY DZIEŃ ZJAZDU
POŚWIĘCONY BĘDZIE ZAGADNIENIOM DZIEDZICZNOŚCI.

Referaty główne:

PROF. DR. ED. ZAŁĘSKI. STANOWISKO HODOWLI ROŚLIN WOBEC ZAGADNIENIA DZIEDZICZENIA NABYTYCH WŁASNOŚCI.

Zagadnienie brzmi: czy cechy nabyte przez jedno lub oboje rodziców w ciągu życia osobnikowego (jako zygoty) pod działaniem warunków życiowych są w całości lub częściowo przelewane na wydane w drodze generatywnej potomstwo?

Z rozstrząsań więc należy wyłączyć zjawiska takie, jak przekazywanie cech przy rozmnażaniu wegetatywnem, przekazywanie przez matkę, prawdopodobnie za pośrednictwem cytoplazmy jajka, zarazków lub uodpornień, wreszcie jako należące ściśle do ontogenezy, wpływy matki na somatyczne cechy płodu, wywierane w czasie życia płodowego.

Te grupy zjawisk, zaliczane do stosunkowo niedawna do zjawisk dziedziczności, zakłócały rozumowanie i w połączeniu z długim szeregiem doświadczeń i obserwacji, dotyczących rzeczywistej, w ścisłem znaczeniu, dziedziczności, przyczyniły się do tego, że zaczynając od Lamarcka (1811) aż do ostatnich czasów, liczni biologowie, początkowo niemal wszyscy bez wyjątku, obecnie sporadyczni, odpowiadają na powyższe pytanie twierdząco (lamarkizm, neo i psycho-lamarkizm, teorja „Mneme Semora“ i. i.)

*) Podajemy porządek obrad według dotychczasowego programu, ułożonego przez Komitet Organizacyjny Zjazdu, wraz z nadesłanemi do Redakcji streszczeniami i zmianami tytułów.

Dopiero w drugiej połowie XIX w. najprzód Walace, potem C. Naegeli a w szczególności A. Weissmann, zajęli wobec tego zagadnienia stanowisko wyraźnie negatywne, dowodząc (Weissmann) nieprawdziwości lub nieścisłości spostrzeżeń, na których się teorje lamarkistyczne opierają, albo też fałszywej ich interpretacji.

Ale w końcu XIX i na początku XX w. wykonano już zupełnie poprawnie liczne doświadczenia i obserwacje, dowodzące niezbicie, że anormalne czynniki zewnętrzne, działające na rodziców mogą, w stosunkowo zresztą nielicznych wypadkach, wywołać u potomstwa zmiany ściśle dziedziczne. Bliższe zbadanie tych faktów wykazało jednak, że do tego koniecznem jest, aby te czynniki działały w czasie 00 lub spermatogonii, a dalej, że tylko w wyjątkowych razach zmiany cech u potomstwa występują te same, co u poddanych działaniu czynnika rodziców, że więc nie ma tu miejsca „indukcja rodzicielska" lecz wywołane bezpośrednio zmiany struktury gamet, prawdopodobnie ich chromozomów względnie chromomerów. (v. Linden, Fischer, Standfuss, Tower, Blaringsen). Badania Morgana rzuciły częściowe światło na mechanizm tych zaburzeń „crossing over" — „nadkrzyżowanie".

Jakie wobec tych zagadnień stanowisko zajęła hodowla roślin? Do końca XIX w. ogromna większość hodowców, świadomie lub częściej nieświadomie hołdowała teorjom lamarkistycznym, upatrując w bezpośredniem przelewaniu na potomstwo nabytych cech rodzicielskich główny, jeżeli nie jedyny, czynnik ewolucji, tj. polepszenia lub pogarszania odmiany.

Jednak już i wtedy pojedyńczy hodowcy stali wobec lamarkizmu na stanowisku przeczącem lub przynajmniej sceptycznem, postępując w praktyce jakby dziedziczenia nabytych właściwości nie było (Vilmorin, Andrieux częściowo od połowy XIX w., Robbethga i Giesecke, A. Jarasz i E. Załęski, i mniejwięcej od 1890, Nilson Ehle od 1896 itd.)

Obecnie prawie wszyscy praktyczni hodowcy przyjęli oparte na tem antylamarkistycznem założeniu metody, często bez zdawania sobie sprawy z istnienia samego zagadnienia.

Metody te są oparte na następujących zasadach:

a) Dziedzicznemi są tylko różnice między osobnikami, uwarunkowane różnicami w strukturze plazmy zarodziowej (różnicami genotypicznemi).

b) Cechy nabyte w życiu osobnikowem z reguły nie są przekazywane potomstwu.

c) Zmiany genotypu mogą być wywołane albo przez krzyżowania różnych form, w stosunkowo rzadkich wypadkach przez określone, bardzo od normalnych odbiegające warunki życiowe, działające w czasie powstawania gamet, lub wreszcie wskutek nieznanych nam dotychczas przyczyn („mutacje“).

d) „Poprawienie“ odmiany to jest dostosowanie jej do warunków życiowych lub do wymagań hodowcy może być dokonane tylko drogą doboru, to jest eliminacji wszystkich form genetycznie różnych, nie odpowiadających potrzebom, nigdy zaś drogą uprawy w „lepszych“ warunkach.

e) Warunki wegetacyjne mają dla hodowcy znaczenie głównie jako moment „selekcyjny“, to jest pozwalający rozpoznać, które formy są dla tych właśnie warunków najodpowiedniejsze. Bardzo od normalnych odbiegające, patogeniczne, warunki mogą w rzadkich wypadkach wywołać u potomstwa nowe dziedziczne cechy, najczęściej w nieokreślonych, rozbieżnych kierunkach, nie stojących w żadnym określonym stosunku do zmian, wywołanych u rodziców.

f) Różnice pomiędzy osobnikami są z tem większem prawdopodobieństwem dziedziczne, im mniej widocznym jest ich przyczynowy stosunek do warunków życiowych samych osobników lub ich rodziców.

PROF. DR. LEOPOLD ADAMETZ.

O NORMALNYM I PATOLOGICZNYM CHARAKTERZE ZJAWISK MUTACYJNYCH.

Streszczenia nie nadesłano.

PROF. DR. JAN CZEKANOWSKI.

DZIEDZICZNOŚĆ U CZŁOWIEKA W ŚWIETLE BADAŃ ANTROPOLOGICZNYCH*).

Zdecydowane Mendellistyczne stanowisko genetyków nie będzie budziło zastrzeżeń dopiero wówczas, gdy będą oni w stanie dać interpretację każdego konkretnego przypadku pozostającego w łączności z dziedzicznością. Ten stan jest jeszcze sprawą przyszłości. Tymczasem możemy jednak już stwierdzić, że poza jedną powyżej zaznaczoną rozbieżnością, dotyczącą nadmiernie wielkich współczynników dziedziczności u dalszych pokoleń potomków, co do której istnieje zresztą możliwość, że stanowi ona konsekwencję stosowanych metod badania, lub też nie uwzględnionych czynników ubocznych (dobory), badania biometryczne nie dostarczyły argumentów kwe-

*) Praca ta in extenso ukaże się w zeszycie trzecim b. r.

stjonujących poglądy genetyków. Co więcej najcenniejsze argumenty przemawiające na ich korzyść stanowią wyniki stosowania metod biometrycznych.

Przechodząc do zagadnienia ogólności poszczególnych Praw Mendel'a należy stwierdzić, że zupełnie powszechne jest jedynie prawo rozszczepienia. Zjawisko dominacji obserwujemy coprawda dość często. Nie jest ono jednakowoż bynajmniej powszechne. Mamy tu przytem do czynienia z bardzo różnemi kombinacjami. Tak naprzykład przy dziedziczeniu kategoryj serologicznych dwie kategorje (A i B) dominują w stosunku do trzeciej (O), dając przy krzyżowaniu formę pośrednią (AB.). Trzecie prawo Mendel'a natomiast, a mianowicie prawo niezależności cech, nie posiada bodaj poważniejszego znaczenia, gdyż mimo ciągłego krzyżowania się składników ludności europejskiej od okresu paleolitycznego aż do doby obecnej mamy nietylko do czynienia ze składnikami reprezentującemi współcześnie żyjące elementy rasowe, ale określanie systematyczne poszczególnych osobników nie nastręcza poważniejszych trudności przy zastosowaniu współczesnych metod statystycznych.

PROF. DR. EMIL GODLEWSKI, JUNIOR **PROBLEMAT DZIEDZICZENIA CECH NABYTYCH-CHOROBA JAKO CECHA NABYTA.**

DOC. DR. JULJUSZ MORAWSKI. **BADANIA NAD DZIEDZICZNOŚCIĄ W PATOLOGJI LUDZKIEJ.**

PROF. DR. STEFAN BOROWIECKI. **AKTUALNE ZAGADNIENIA PSYCHIATRYCZNE ZWIĄZANE Z DZIEDZICZNOŚCIĄ.**

Streszczeń nie nadesłano.

Odczyty uzupełniające dotychczas nadesłane:

DR. MIECZYSŁAWA BRUNOWA. **BADANIA NAD DZIEDZICZNOŚCIĄ NA PODSTAWIE MATERJAŁÓW ZEBRANYCH W KLINICE PSYCHJATRYCZNEJ UNIW. WARSZAWSKIEGO.**

Pokaz tablic, ilustrujących stosunki dziedziczenia konstytucji sytonicznej, względnie psychozy manjakalno-depresyjnej i konsty-

tucji schizoidalnej, względnie schizofrenji; wnioski, wynikające z powyższych stosunków.

DR. BOLESŁAW SIWIŃSKI.

PORAŻENIE POSTĘPUJĄCE A DZIEDZICZNOŚĆ.

Streszczenia nie nadesłano.

DRUGI DZIEŃ ZJAZDU
PRZEZNACZONY JEST NA OMÓWIENIE SCHIZOFRENJI.

Referaty główne:

DR. WŁADYSŁAW STRYJEŃSKI.

WSPÓŁCZESNE POGLĄDY NA SCHIZOFRENJĘ.

DR. GUSTAW BYCHOWSKI.

SCHIZOFRENJA W ŚWIETLE PSYCHOANALIZY.

Streszczeń nie nadesłano.

PROF. DR. JAN MAZURKIEWICZ.

ABIOTROFICZNY POGLĄD NA SCHIZOFRENJĘ.

Pokrewne poglądy na schizofrenję innych autorów. Wymagania, stawiane od schorzeń, zaliczanych do dziedziczno-rodzinnych. Wymaganiom tym odpowiada tylko pewna kategorja przypadków schizofrenji.

Drugą kategorję stanowią przypadki, powstające na tle wrodzonej konstytucji schizoidalnej.

Trzecią kategorję stanowią przypadki schizofrenji, powstającej pod wpływem szkodliwości zewnętrznych, które działają na konstytucję schizoidalną, syntoniczną lub normalną.

Stosunek schizofrenji do innych psychoz konstytucjonalnych.

Schizofrenja, jako schorzenie układu psychomózgowego.

DR. WŁADYSŁAW STERLING.

ZWIĄZEK SCHIZOFRENJI Z WYDZIELANIEM WEWNĘTRZNEM.

Streszczenia nie nadesłano.

Odczyty uzupełniające dotychczas nadesłane.

Dr. JAN NELKEN.

SCHIZOFRENJA A PRZESTĘPCZOŚĆ.

Streszczenia nie nadesłano.

DR. W. MATECKI i H. SPIELBAUM. **TYPY PSYCHOFIZYCZNE KRETSCHMERA W ŚWIETLE WŁASNYCH BADAŃ.**

Książka Kretschmera pod tytułem „Körperbau und Charakter" (1921), wysunąwszy mnóstwo zagadnień natury somatycznej, psychologicznej i wzajemnego ich biologicznego stosunku, odbiła się głośnem echem w literaturze psychjatrycznej. Od 1921 r. cały szereg badaczy zajmuje się sprawdzaniem koncepcji Kretschmera, przyczem obok prac antropometrycznych (Sioli i Meyer, Olivier, Henckel, v. Rohden, Weissenfeld) i krytycznych rozważań psychologicznych (Ewald, Bleuler, Hoffmann i inni), zjawiają się ostatnio prace eksperymentalno-psychologiczne Munz, van der Horst, Kibler, Haarer i inni), oraz poświęcone zagadnieniu stosunku wzajemnego konstytucji i rasy, zapoczątkowane przez Stern-Pippera.

Nasza praca jest rezultatem badań szczegółowych, przeprowadzonych na 100 schizofrenikach-żydach, urodzonych na terenie b. Król. Polskiego. Zajęliśmy się li tylko wyodrębnieniem typów konstytucyjnych, trzymając się ściśle opisów Kretschmera, charakterystyką bliższą tych typów, jakoteż stwierdzeniem i określeniem biometrycznem stopnia korrelacji zachodzącej między konstytucją cielesną a psychozą, z uwzględnieniem wyników dostępnych nam z dotychczas ogłoszonych prac. Badania antropometrycznego dokonaliśmy ogólnie przyjętemi metodami, opisanemi przez R. Martina (Lehrbuch der Anthropologie, 1914), w opracowaniu biometrycznem posługiwaliśmy się metodami statystycznemi (Czekanowski, Czuber, Youle).

Śród zbadanych schizofreników mogliśmy naogół z łatwością wyodrębnić typy konstytucyjne opisane przez Kretschmera: leptosomny (asteniczny), atletyczny, dysplastyczny i pikniczny. Występowanie poszczególnych typów ilustruje tabela Nr. 1.

TABL. I. CZĘSTOŚĆ TYPÓW KONSTYTUCYJNYCH WŚRÓD SCHIZOFREN.

TYP	%%
Leptosomni	56
Atleci	9
Leptosomo-atletyczni	1
Dysplastyczni	11
Piknicy	13
Miesz.-pikniczni	7
Nie dający się określić	3
	100

TABL. II. ZESTAWIENIE WYNIKÓW PRAC RÓŻNYCH AUTORÓW.

	Kretschmer, Tübingen		Beringer Düser, Heidelberg		Ewald, Erlangen	Sidi, Klott, Meyer, Bonn		Olivier, Düren		Vercian, Lucca (Włochy)		Henckel, Monachjum		Jakob Moser, Królewiec		Van der Horst, Groningen (Holandja)		Michel, Weber, Feldhof b. Graz		Wyrsch, St. Urban Luzern (Szwajcarja)		O. Rohden Gründler b. Halle		Weissenfeld		Matecki Szpielbaum	
	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Schizofrenicy	175					43		64				100								192		220		64		100	
Astenicy	81	46,3				7	16,3	27	42,2			34								82	42,75			18	28,1	56	
Atletyczni	31	17,7				7	16,3	8	12,5		59,3	25			54,2		66,0		74,5	28	14,58			42	65,6	9	
Asteniczno-atletyczni	11	6,3				15	34,9	3	4,7			27			12,5					36	18,75	159	72,3			1	
Dysplastyczni	34	19,4		20,5		4	9,2	8	12,5		10,8	11							6,4	17	8,9	34	15,5			11	
Piknicy	2	1,1			Poszczególni	1	2,3	6	9,4		22,9	—			14,9		4		18,4	7	9,4	15	6,8	4	65,6	13	
Miesz. pikniczn.	3	1,7				9	20,7	9	14,0			2								11						7	
Nie dający się określić	13	7,4				—	—	3	4,7			1								11	5,73					3	
Cyrkularni	85					18						73										88					
Astenicy	4	4,7				—						12									0	11	12,1	6	20,7		
Atletyczni	3	3,5				—					15,2	3			8,3		12,0		25,8		0			2	4,3		
Asteniczno-atletyczni	2	23,5				—						7															
Dysplastyczni	—					—					0	—			0				0								
Piknicy	85	68,2			Często	3						33								10	100	77	84,6	20	83,3		
Miesz. pikniczn.	14	19,5				6					84,5	9			87,5		77,0		74,2	8							
Nie dający się określić	4	4,7				9						9															

W Tab. II. zestawiliśmy wyniki innych autorów. Jak widać z zestawienia: 1) w naszym materjale w 77% przypadków występują konstytucje, które według Kretschmera wykazują specyficzne powinowactwo do schizofrenji (leptosomna, atletyczna, i typy dysplastyczne) i pod tym względem nasze wyniki stoją w całkowitej zgodności z rezultatami innych autorów, natomiast 2) wśród schizofreników-żydów stwierdziliśmy znacznie wyższy odsetek typów leptosomnych. Czy o tej różnicy stanowi moment rasowy na razie trudno jest coś definitywnego powiedzieć. W niektórych przypadkach schizofrenji u osobników z budową pikniczną mogliśmy stwierdzić pewne osobliwości obrazu klinicznego, charakterystyczne dla psychozy manjakalno-depresyjnej.

Uważaliśmy za wskazane ująć liczbowo związek między budową cielesną a psychozą, drogą obliczenia współczynnika korrelacji. Wskutek tego, że w pracach innych autorów nie znaleźliśmy uwzględnienia przypadków psychoz mieszanych (w naszym materjale mieliśmy kilka takich wypadków), nie mogliśmy w tym celu zastosować metody obliczenia współczynnika współzależności dla zmienności fluktuacyjnej; zmuszeni byliśmy natomiast zastosować wzór dla zmienności alternatywnej. Podkreślamy z naciskiem, iż tem samem nie zajęliśmy stanowiska, ku któremu zdaje się skłaniać Kretschmer, że jeśli chodzi o psychozy endogenne, to wszystko, co nie jest schizofreniczne, jest cyrlarne i przeciwne. Tę kwestję bowiem mogą rozstrzygnąć jedynie dalsze badania zarówno somatyczne, jak i psychologiczne. Dotychczasowe badania, obejmujące przeszło tysiąc osobników łącznie z naszemi. przedstawiają materjał w zupełności wystarczający do tego rodzaju obliczeń.

Celem obliczenia zestawiliśmy następującą tabelę:

TABLICA III.

	Oy (Cyrkularni)	Iy (Schizofrenicy)	
OX Piknicy	P1 208	P2 71	Pox 279
IX Atleci Leptosomn— Dysplast.	P3 62	P4 663	PIx 725
	Poy 270	ply 734	1004

Przyczem P_1 oznacza ilość cyrkularnych o budowie piknicznej, P 2 — ilość schizofren. o budowie piknicznej, P 3 — ilość cyrkularnych

o budowie niepiknicznej, P 4 — ilość schizofren. o budowie niepikników, Poy — całkowitą ilość cyrkularnych i Ply — całkowitą ilość schizofreników.

Wzór dla obliczenia korrelacji brzmi (Lang, str. 420, Bauer, str. 150):

$$r = \frac{P1 . P4 - P2 . P3}{\sqrt{POX . PIX . POX . PCX}} = \frac{208 . 663 - 71 . 62}{\sqrt{279 . 725 - 270 . 734}} = + 0{,}67$$

Z obliczenia wynika, że r = + 0,67. Przy zupełnej pozytywnej korrelacji r wynosiłby + 1, przy negatywnej r wynosiłby — 1. Określony przez nas współczynnik jest wysoki, wystarczy bowiem podać, iż współczynnik korrelacji dla tak ściśle sprzężonych cech, jak barwa oczu i włosów wynosi + 0,2189.

Tem samem uważamy, że podaliśmy ścisły dowód matematyczny istnienia głębokiej współzależności między psychozą a odpowiednią budową fizyczną, co, obok cennych cech rozpoznawczych może mieć znaczenie djagnostyczne.

W dalszym ciągu zajęliśmy się bliższą morfoligiczną charakterystyką poszczególnych typów konstytucyjnych. Na podstawie naszego materjału możemy dać dokładny wizerunek somatyczny typu leptosomnego (56 przypadków) i typu piknicznego (13 przypadków). Przyczem jest rzeczą godną podkreślenia, że już stosunkowo niewielka ilość przypadków (13) z budową pikniczną wystarczyła dla jej charakterystyki, co wskazuje na wielką jednolitość tego typu konstytucyjnego. Natomiast nie o wiele mniejsza ilość atletów (9) nie dała nam wyraźnego obrazu, co stoi w zgodzie z wnioskami innych autorów, którzy usiłowali przeprowadzić podział grupy atletycznej na kilka podtypów; tak np. Chaillou i Mac Auliffe wyodrębniają „type long" „court" swego „type musculaire", a Weissenfeld przeprowadza jeszcze bardziej drobiazgowy podział na Weich-Breit- i Hochathleten.

Przechodząc do zobrazowania typu leptosomnego i piknicznego, rozpatrzmy kilka cech, które zdaniem naszem rzucają dostateczne światło na zasadnicze różnice, zachodzące między temi grupami.

A więc co się tyczy wzrostu, już średnie arytmetyczne wykazują dużą różnicę 9 cm.

Leptosomni M = 162.93 cm.

Piknicy M = 158.8 cm.,

a więc nasi piknicy są wzrostu niskiego, leptosomni wzrostu powyżej średniego.

Tułów pikników jest względnie dłuższy i szeroki, leptosomnych zaś względnie krótszy i wąski.

Wskaźnik Pigneta daje ogólny obraz budowy cielesnej; wzór dla obliczenia ma postać następującą:

Wsk = wzrost (w cm.) — (obwód piersi (w cm.) + waga (w kg.)

TABL. IV. WSKAŹNIK PIGNETA.

	Leptosomni	Piknicy
Budowa bardzo mocna (X—15)	—	58,4%
mocna (11—15)	—	25,0%
dobra (16—20)	12,5%	—
mierna (21—25)	25,0%	8,3%
wątła (26—30)	25,0%	—
bardzo wątła (31—35)	17,5%	8,3%
zła (36—X)	20,0%	—

Najwybitniejsze różnice stwierdziliśmy w kończynach górnych i dolnych zarówno pod względem długości jak i grubości; różnice ujawniają się w wymiarach bezwzględnych i w stosunku do tułowia (proporcje).

TABL. V. ŚREDNIE ARYTM. DLA KOŃCZYN.

	Leptosomni	Piknicy
Długość bezwzgl. koncz. górnej	73,32 cm.	68,25 cm.
„ koncz. gór. w % tułowia	150,44	143,15
„ „ dolnei bezwzgl.	84,5 cm.	75,7 cm.
„ „ „ w % tułowia	172,9	158,5

Kończyny leptosomnych są długie i cienkie, pikników krótkie i grube. Jeszcze bardziej przekonywujące są tabele VI i VII, w których rozpatrujemy kończyny pod względem częstości występowania poszczególnych rodzajów kończyn.

TABL. VI. KOŃCZYNY GÓRNE.

	Leptosomni	Piknicy
Długoręcy (145—X)	72%	38%
Miernoręcy (140—144,99)	16%	31%
Krótkoręcy (X—139,99)	12%	31%

TABL. VII. KOŃCZYNY DOLNE.

	Leptosomni	Piknicy
Długonodzy (177—X)	36%	—
Miernonodzy (161—176,96)	52%	62%
Krótkonodzy (X—160,99)	12%	38%

Bardzo wymowne są różnice w budowie i kształcie twarzy leptosomnych i pikników. Również i nasze badania usprawiedliwiają w zupełności porównanie Kretschmera, że twarz jest kartą wizytową ogólnej konstytucji. Kształt twarzy leptosomnych jest przeważnie podłużny owalny, często jajowaty, z profilu szczęka dolna jest cofnięta, (często winkel-profilu — profil kątowaty) pikników zaś pięciokątne lub tarczowate.

Poniższe tabele Nr. VIII i IX ilustrują częstość występowania poszczególnych typów twarzowych i rozwój żuchwy u leptosomnych i pikników.

TABL. VIII. ŻUCHWA.

	Leptosomni	Piknicy
Wąskożuchwowi (X—71,99)	57%	31%
Miernożuchwowi (27—77,99)	38%	61%
Szerokożuchwowi (78—X)	5%	8%

TABL. IX. TWARZ.

	Leptosomni	Piknicy
Ponadszerokotwarzowi (X—78,9)	13%	31%
Szerokotwarzowi (79—83,9)	32%	54%
Miernotwarzowi (84—87,9)	32%	15%
Wąskotwarzowi (88—92,9)	23%	—

Śród grupy schizofrenicznej w zgodności z innymi autorami stwierdzieliśmy niezwykle częstą obecność cech zwanych degeneracyjnemi, jak Turmschädel, asymetrje twarzy i głowy, deformacje i asymetrje ucha, brak lub przyrośnięte płatki uszne, wysokie podniebienie i inne, przyczem u niektórych osobników cechy te występowały łącznie, dając obraz status degenerativus w pojęciu Bauera. Zwróciliśmy uwagę na charakter zgryzu i zaobserwowaliśmy częste występowanie zgryzów patologicznych (Tab. X.)

TABL. X. ZGRYZ SCHIZOFREN.

Stegodontja	66%
Opistodontja	6%
Ortodontja	8%
Progenja	15%
Zgryzy skrzyżowane	3%
Nieokreślone	2%

Obserwacyj tego rodzaju nie spotykaliśmy w dotychczasowych pracach poświęconych zagadnieniom konstytucji.

Stern-Pipper pierwszy postawił zarzut Kretschmerowi, iż typy konstytucyjne przez niego wyodrębnione są identyczne z zasadniczemi elementami rasowemi ludności Europy. A więc według Sterna-Pippera piknik miałby odpowiadać homo alpinus, typ leptosomny homo nordicus, typ atletyczny — homo dinaricus. Stwierdzanie typów kretschmerowskich na materjale odmiennym rasowo (żydzi polscy pod względem antropologicznym stanowią w przeważnej części konglomerat rasy armenoidalnej z orjentalno-semicką plus domieszki ludności miejscowej) dowodzi, iż typy konstytucyjne występują wśród ludzi najrozmaitszych ras. Rozwiązanie jednak niezmiernie ciekawego zagadnienia bliższego stosunku między konstytucją a rasą może nastąpić jedynie drogą dalszych badań metodologicznie zupełnie odmiennie od prac dotychczasowych (Stern - Pipper, Kretschmer, Henckel, Rhoden).

W dalszych naszych pracach postaramy się zająć stanowisko wobec powyższego problematu, jak również wobec zespołu innych zagadnień, wiążących się z niezwykle płodnemi koncepcjami Kretschmera.

ALEKSANDER PIOTROWSKI. **OBJAWY SCHIZOFRENIJNE — A OSOBOWOŚĆ PSYCHOPATOLOGICZNA W SCHIZOFRENJI.**

Nawiązując do myśli zawartych w referacie o otępieniu, wygłoszonym na Zjeździe Psychjatrów Polskich w Wilnie w 1922 r. (cf. Now. Psychjatr. 1924 nr. 1, 2, 3) oraz w uzupełnieniu wywodów w referacie swoim o schizofrenji opracowanym dla Zjazdu warszawskiego w roku ubiegłym (cf. Now. Psychjatr. 1925 nr. 3), autor stara się wykazać, że schizofrenja nie jest grupą chorobową jednolitą, lecz przedstawia zbiorowisko objawów psychopatologicznych, które w różnych kombinacjach zachodzą mniej lub więcej regularnie w rozmaitych zaburzeniach psychicznych odrębnych pod względem istotnym.

Tem się tłumaczy obfitość i wielorakość postaci chorobowych spotykanych pod firmą „schizofrenja“ oraz sprzeczne wyniki badań anatomopatologicznych w tych przypadkach.

Zjawiska tego nie należy tłumaczyć tylko ew. błędami diagnostycznemi. Chodzi tu raczej o błędne nastawienie poglądów na istotę schizofrenji.

Tak zw. rdzenne objawy schizofrenijne jak np. autyzm albo ambiwalencja bynajmniej nie są specyficzne dla schizofrenji, albowiem zachodzą one również często w innych zachorzeniach psychicznych różnego typu.

Autyzm nie jest objawem specyficznym, pierwotnym, lecz wtórnym, często artefaktem i powstaje przeważnie w samotności u pacjentów zaniedbanych.

Objaw ambiwalencji stwierdza się niekiedy także w melancholji. Wyciągnięcie ręki na powitanie i natychmiastowe cofnięcie jej oznacza ambiwalencję, albowiem chory dąży do celu i równocześne cofa się; grzeczność nakłania go do wyciągnięcia, a równocześnie poczucie własnej niegodności nakazuje cofnąć rękę — tak przynajmniej melancholik tłumaczy sprzeczne zachowanie swoje.

Rozrzutne szafowanie diagnozą „schizofrenja", postawioną na tle podobnych objawów zewnętrznych i związane z nią omyłki prognostyczne wytworzyły niepewność w ocenianiu przypadków chorobowych.

Wobec tego nie zaleca się rozpoznawać schizofrenji tylko na podstawie złudnych objawów zewnętrznych; należałoby raczej ująć psychozę od wewnątrz i uchwycić osobowość psychopatologiczną, która jest typową, o ile uwzględni się kardynalne kryterjum chorobowe, tj. rozpad molekułu psychicznego (posługując się językiem Rogues de Fursac'a) polegający na rozluźnieniu łączności między głównemi czynnikami psychicznemi — a więc ideatywnemi, afektywnemi, reaktywnemi.

Ten rozpad molekułu psychicznego przejawia się wyraźnie w hebefrenji; jeszcze więcej uwydatnia się on w schizofazji. Obie postacie chorobowe przedstawiają psychozy o charakterze przewlekłym.

Tam, gdzie molekuł psychiczny jest zachowany, o schizofrenji nie powinno być mowy.

Zatem wszystkie inne psychozy, jak parafrenja, liczne reakcje psychopatyczne, psychozy z urojeniami polimorficznemi, nie należą do grupy schizofrenijnej.

Z wyjątkiem parafrenji są to psychozy przeważnie przemijające, niekiedy powrotne, atoli nie kończące się tą osobliwą zmianą osobowości psychicznej, tak charakterystyczną dla hebefrenji i schizofazji.

Katatonja jako choroba raczej neurologiczna aniżeli psychjatryczna winna być odczepiona od schizofrenji, choroby par excellence psychjatrycznej.

Schizofrenja tak pojęta miałaby granice zwężone, co wpłynęłoby dodatnio na pewność rokowania. Badania anatomopatologiczne odbywałyby się z pewniejszą celowością; wyniki tych badań z czasem stałyby się zrozumialsze, ustaliły i związałyby się nierozerwalnie z postacią kliniczną psychozy.

DR. OSKAR BIELAWSKI.

BADANIA PRZEJAWÓW TOKSYCZNYCH W KATATONJI I HEBEFRENJI.

Ref. w jednej ze swych prac poprzednich*) stwierdził, że schizofrenja pojmowana za Bleulerem i jego adherentami, — nie stanowi bynajmniej jednolitej, pod względem klinicznym, grupy chorobowej, nie stanowi nawet wyraźniejszego symptomatologicznego zespołu chorobowego i jest zbiorowiskiem różnych jednostek klinicznych. Niektóre więc z pomiędzy nich winne należeć już to do grupy psychoz. manj. depr., psychoz. podaczkowych, pomieszania okresowego wzgl. innych. Ref., pozatem, wysuwa też nowy punkt widzenia dla ujęcia pozostałych (w schizofrenji) postaci chorobowych. Charakteryzują je wspólnie zaburzenia, świadczące o zmianach organicznych (zwyrodnieniowych) w podstawie mózgu. Przyczyną degeneracji jest zatrucie.

To też Ref. w pracy tej podjął się szeregu badań laboratoryjnych i doświadczeń klinicznych mających wykazać słuszność „toksycznej koncepcji" dla wyodrębnionych ze schizofrenji grup (hebefrenji i katatonji). Narazie podjęte są badania moczu tych chorych na odczyn czarny Buscaina (nitrat d'argent chaud), dalej badanie ustosunkowania się krwinek u tych chorych (hemoklastyczna kryza Widala) i inne. Obok z tem podjęto stosowania (przy kuracji świeżych przypadków tego zachorzenia) zabiegów zmierzających do rozcieńczenia i zneutralizowania domniemanych toksynów w ustroju chorego.

Dotychczasowe wyniki pozwalają uważać obecność w ustroju szkodliwych dla niego aminokwasów (grupy imidazotowej), jako czynnika intoksykacyjnego za prawdopodobne.

Przypadki (świeże) katatonji i hebefrenji, ujęte rozpoznawczo według koncepcji Bielawskiego zachowywały się, w stosunku do omawianych doświadczeń w sposób jednolity, co by również przemawiało za słusznością tej koncepcji.

DR. WŁADYSŁAW MEDYŃSKI.

KONSTYTUCJA I WEWNĘTRZNE WYDZIELANIE W SCHIZOFRENJI.

Tenże

— TWÓRCZOŚĆ ARTYSTYCZNA W SCHIZOFRENJI.

Streszczeń nie nadesłano.

*) Patrz „Schizofrenja", Now. Psych. 1925 zesz. IV.

TRZECI DZIEŃ ZJAZDU
OBEJMUJE SPRAWĘ OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W POLSCE.

Referaty główne:

DR. WŁADYSŁAW BEDNARZ. **STAN OPIEKI NAD CHORYMI PSYCHICZNIE W PAŃSTWIE POLSKIEM W CHWILI OBECNEJ — MATERJAŁY DO WYPRACOWANIA PLANU ORGANIZACJI TEJ OPIEKI W PRZYSZŁOŚCI**

Streszczenia nie nadesłano.

ALEKSANDER PIOTROWSKI. **O STANIE OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W B. ZABORZE PRUSKIM.** (patrz str. 67).

DR. ROMAN ZAGÓRSKI. **O OPIECE NAD PSYCHICZNIE CHORYMI W MAŁOPOLSCE.**

Streszczenia nie nadesłano.

Odczyty uzupełniające:

DR. WITOLD ŁUNIEWSKI. **NIEDOMÓWIENIA USTAWODAWSTWA HAMUJĄCE ROZWÓJ OPIEKI NAD PSYCHICZNIE CHORYMI.**

Katastrofalny brak miejsc dla pomieszczenia w Polsce conajmniej 20 000 chorych psychicznie nie jest niespodzianką. Opłakany stan opieki nad chorymi psychicznie w naszym kraju znany był dobrze przed wojną i katastrofy dzisiejszej nie można było nie przewidzieć.

Budowa kilku większych zakładów we wschodnich częściach Państwa stała się palącą potrzebą.

Uchwały wszystkich Zjazdów naszych, tej sprawy dotyczące nie osiągają wyników pozytywnych. Zamiast budowy nowych zakładów doczekaliśmy się zamykania istniejących.

Przyczyna bezowocności dążeń, zmierzających do realizacji postulatów opieki nad psychicznie chorymi, polega na tem, że nie da się uchwycić czynnika ustawowo odpowiedzialnego za wykonywanie opieki nad chorymi psychicznie.

Zasadnicza Ustawa sanitarna z dn. 19. VII. 1919 r. nakłada obowiązek opieki nad psychicznie chorymi nie na Państwo, lecz na nieokreślone bliżej organy „ciał samorządowych". Niepodobna myśleć, żeby „ciałem" tem mogła być gmina miejska lub wiejska, ani nawet powiatowy związek komunalny. Samorządu wojewódzkiego nie mamy.

Pomimo to znaleźć możemy w samem ustawodawstwie obowiązującem momenty wskazujące na to, że i Państwo winno by się zainteresować sprawą zakładów psychjatrycznych. Przedewszystkiem państwowy organ wymiaru sprawiedliwości potrzebuje miejsca dla pomieszczenia pewnej kategorji przestępców, uznanych za niepoczytalnych, którzy po myśli § 39 obowiązującego w b. zaborze rosyjskim Kodeksu Karnego podlegają przymusowemu internowaniu w zakładach leczniczych.

„Ustawa o zaopatrzeniu emerytalnem funkcjonarjuszów Państwowych i zawodowych wojskowych" z dnia 11. XII. 1923 r. w § 42 przewiduje niedwuznacznie istnienie (Państwowych Zakładów dla umysłowo chorych i możność leczenia w nich na koszt Skarbu Państwa umysłowo chorych emerytów. Wykonanie tej Ustawy należy do Ministra Skarbu.

„Ustawa o opiece społecznej" z dnia 16. VIII. 23 r. nakłada na Państwo ciężar opieki nad obywatelami, którzy w żadnej gminie nie nabyli praw do opieki trwałej. Z art. 13 tej Ustawy wynika wyraźnie tytuł do opieki państwowej nad psychicznie chorymi włóczęgami. Wykonywać ją winien Minister Pracy i Opieki Społecznej oraz Mnister Zdrowia Publicznego — każdy w zakresie swoich kompetencji.

Są więc tytuły do zainteresowania Państwa sprawą budowy, ale niema gotowego przepisu, któryby wskazywał realną drogę do dania wyrazu tym zainteresowaniom.

Wydaje mi się, że do czasu powstania samorządu wojewódzkiego budową brakujących zakładów mogłyby zająć się jedynie ad hoc powołane t. zw. celowe związki samorządów powiatowych w granicach jednego lub kilku województw. Państwo mogłoby i powinno dać w tej mierze inicjatywę, udzielić związkowi subwencji bezzwrotnej i pożyczek.

Druga sprawa, która nas w związku z zagadnieniami opieki nad psychicznie chorymi interesować musi polega na uregulowaniu kosztów utrzymania chorych niedość zamożnych, którzy tych kosztów sami pokryć nie są w stanie.

Zamętowi jaki powstał w tej dziedzinie prawa podczas wojny wskutek splotu różnorodnych kolidujących ze sobą rozporządzeń jak również i przeżytemi zasadami prawa rosyjskiego, nakładającemi ciężar opieki nad ubogimi chorymi na gminy stałej przynależności, miała położyć kres polska „Ustawa o opiece społecznej" z dnia 16. VIII. 1923 r. Ustawa wprowadza nowoczesne pojęcia siedziby zasiłkowej

w gminie ostatniego rocznego bytu ubogiego, rozgranicza wyraźnie obowiązki poszczególnych szczebli w hierarchji organizacji samorządowej w zakresie opieki społecznej w szczególności opieki zakładowej i pozazakładowej. Do zakresu opieki społecznej ustawa wciąga wyraźnie „starców, inwalidów“, nieuleczalnie chorych, umysłowo upośledzonych i wogóle ludzi niezdolnych do pracy“. Ustawa podpisana przez Ministrów Pracy i Zdrowia i Spraw Wewnętrznych zredagowana jest tak niefortunnie, że poczęła budzić wątpliwości, czy dotyczy ona opieki zakładowej nad chorymi psychicznie. Rozporządzenie Min. Spr. Wewn. z dnia 29. II. 24 r. dało powód do komentowania prawa w tym sensie, że nie dotyczy ono kosztów leczenia chorych, za które odpowiedzialną miałaby być po dawnemu gmina stałego miejsca zamieszkania po myśli ustaw rosyjskich.

W Samorządach gminnych powstał spór o to, czy pacjent zakładu psychjatrycznego jest „nieuleczalnie chorym“ czy też uleczalnym, czy jest lub nie jest eo ipso umysłowo upośledzonym. Spór oparł się o trybunał administracyjny — rozstrzygnięcie nie jest jeszcze znane. W międzyczasie Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej polskiej z dnia 29. VI. 24 r. wydane na podstawie Ustawy o naprawie skarbu uchyliło moc § 13 Ustawy o opiece społecznej, przerzucając obowiązki ciążące na Państwie na barki Samorządów Komunalnych Wojewódzkich — do czasu zaś wprowadzenia w życie Samorządu Wojewódzkiego rozporządzenie Prezydenta nakazuje przeprowadzenie repartycji kosztów, któreby obciążały po myśli Ustawy Państwa — pomiędzy powiatowymi związkami komunalnymi, wchodzącymi w skład województw w stosunku do liczby ich mieszkańców.

W związku z zarządzeniami rządowemi mającemi na celu sanację finansów państwowych w Ministerstwie Skarbu powstała koncepcja t. zw. samowystarczalności zakładów leczniczych. W szczególności zakłady psychjatryczne, figurujące przedtem bezpośrednio w budżecie Państwa zostały z tego budżetu wyłączone. Konieczność zapewnienia szpitalom środków na ich utrzymanie, wpływających niezmiernie opieszałe, spowodowała rozporządzenie M. S. W. z dnia 29. II. 24 r. nakazujące władzom Samorządów Powiatowych wpłacanie kosztów leczenia za wszystkie podległe im gminy zaliczkowo w ciągu 8 dni od daty otrzymania rachunków. Rozsądne i zasługujące na uznanie rozporządzenie to nie jest niestety wykonywane, a jego prawomocność co gorsza została poddana kwestji.

Ustawa z dnia 19. 3. 1925 r. uchyla datujący się od roku 1841 obowiązek gmin wyznaniowych żydowskich opłacania kosztów leczenia za ubogich żydów i podporządkowuje chorych wyznania mojżeszowego z dniem 18. IV. 1925 r. prawom ogólnym.

Koszty za ubogich żydów powstałe przed wejściem w życie Ustawy, których ściąganie zostało począwszy od 25. XI. 1921 r. zawieszone mają być przecież pokryte przez gminy wyznaniowe i zasilić środki egzystencji „samowystarczalnych" szpitali. — Znaczne kwoty wynikających z tego tytułu zaległości należą w rzeczywistości do nieściągalnych. Pomimo ciężkich warunków bytu szpitali związanych z trudnościami ściągania ich należności z gmin — warunków szczególniej dotkliwych w zakładach psychjatrycznych, gdzie ubodzy chorzy stanowią przytłaczającą większość — ustawodawstwo nasze nakłada na szpitale ciężary bez realnego pokrycia.

Ustawa z dnia 19. V. 20 r. o obowiązkowem ubezpieczeniu na wypadek choroby daje mianowicie instytucjom Kas Chorych przywilej opłacania w szpitalach „połowy własnego (ich) przeciętnego kosztu leczenia i utrzymania chorego". — Ustawa nie wskazuje praktycznie dającego się zastosować klucza do rozwiązania zagadki, kto i w jaki sposób będzie pokrywał pozostałą resztę „własnego przeciętnego kosztu" leczenia chorego i losy „samowystarczalnej" instytucji szpitalnej obciążone taką daniną traktują lekceważąco.

Doniosłym krokiem naprzód w interesującej nas sprawie będzie „Ustawa o pokrywaniu kosztów leczenia za chorych w szpitalach publicznych na obszarze b. zaboru rosyjskiego", której projekt poprawiony w Senacie, doczekał się już w końcu marca rb. 3 czytania w Sejmie i ma się stać niebawem prawem. Koszty leczenia ubogich mają być po myśli projektowanej ustawy pokrywane przez gminy, w których chory zamieszkiwał przez rok jeden w ostatnim trzechleciu, względnie przez Powiatowe Związki Komunalne o ile rocznego miejsca zamieszkania w gminie ustalić się nie da. Najdonioślejszą zasługą mającej wejść w życie Ustawy będzie ściślejsze i humanitarniejsze określenie pojęcia ubóstwa niż to, jakiem operowały nasze gminy dotychczas Projekt ustawy zalicza do liczby ubogich nie tylko tych co nic nie posiadają, ale także i tych, którzy nie będą w stanie „opłacić kosztów leczenia bez uszczerbku dla istnienia warsztatu pracy" zarówno samego chorego jak „i jego krewnych wstępnych i zstępnych w linji prostej".

Minie zapewne sporo czasu jeszcze zanim Ustawa wejdzie w życie, stworzy ona przecież podstawę do racjonalnej opieki i do przyszłej unifikacji naszego prawodawstwa w tej dziedzinie. Jakkolwiek praca ustawodawcza w zakresie opieki nad chorymi jak widać z powyższego powoli ale stale postępuje naprzód, to jednak ignoruje ona jeszcze całkowicie postulaty specyficzne, jakie stwarza zagadnienie opieki nad chorymi psychicznie, której ciężary wymagają rozłożenia na szersze barki wyższych jednostek administracyjnych.

Sądzę, że nadszedł czas najwyższy po temu, żeby w zaniedbanym b. zaborze rosyjskim Polski zajęto się sprawami opieki nad chorymi psychicznie i przygotowano grunt do planowej akcji realnej w zakresie tak bardzo pilnych niedomagań.

DR. ADOLF FALKOWSKI. **PIERWIASTKI WYCHOWAWCZE W LECZENIU PSYCHICZNIE CHORYCH.**

DR. ANTONI IWANOWSKI. **OPIEKA NAD PSYCHICZNIE CHORYMI.**

Streszczeń nie nadesłano.

Poza tematami głównemi zgłoszono następujące odczyty:

DR. JULJAN GAWROŃSKI. (Dziekanka) **RZUT OKA NA BIOLOGICZNE PODSTAWY ROZWOJU I WYCHOWANIA DZIECKA**

We współczesnych poglądach na rozwój dziecka kładzie się szczególny nacisk na aktywność tego rozwoju. Czynna natura dziecka, jego rozwijająca się jaźń, aktywności pełna, winna wchodzić w bezpośredni kontakt ze światem zewnętrznym i ztamtąd samodzielnie czerpać pokarm dla wzbogacenia powstającej świadomości, dla pomnożenia swoich przeżyć. Wychowawca powinien być w tej czynnej pracy dziecka tylko współdziałającym jego pomocnikiem, — cichym mistrzem.

Te zupełnie usprawiedliwione dążenia dzisiejszej pedologji, wcielające się powoli w praktykę pedagogiczną a oparte na obserwacji i doświadczeniu, znajdują silne oparcie w dziedziczności i jej przemożnych, decydujących wpływach na rozwój.

W embryologicznych fazach rozwojowych, w okresach, kiedy dziecko jako płód nie jest jeszcze istotą psychiczną, nie doznaje przeżyć w zetknięciu zmysłów ze światem zewnętrznym, bo ani narządy zmysłowe, ani mózg jako źródło powyższych czynności życiowych nie są jeszcze rozwinięte, ale znajdują się raczej w zawiązku, wówczas zachodzą już w życiu zarodka ludzkiego odziedziczone popędy

rozwojowe, które wskazują na jego (zarodka) aktywność, na jego czynne stanowisko wobec zjawisk rozwojowych. On, płód dzięki odziedziczonym właściwościom samoorganizacyjnym, mnemicznym ekforjacjom, staje się budowniczym własnego ustroju i w tej rozbudowie fundamentów ustrojowych postępuje tak, jak gdyby był świadom planu filogenetycznego, przejawiającego się odwiecznie w pniu zwierzęcym, a krystalizującego się odmiennie dla każdego gatunku, a więc i człowieka.

Złożone zjawisko biologiczne, które w rozwoju i w bycie człowieka dojrzałego nazywamy przeżyciem, jest wynikiem stosunku ludzkiego „ja" do świata zewnętrznego. Wszystkie psychizmy, wyobrażenia, pojęcia, sądy, akty poznawania i woli są wynikiem tego podstawowego stosunku. Przeżycia w powyższem ujęciu, będąc odbiciem świata zewnętrznego, są też odbiciem wpływów wychowawczych.

Dusza dziecka już w pierwszych latach życia nie rozwija się wyłącznie z siebie samej („aus sich selbst heraus" — Kretschmera), ale wciągnięta w potężny prąd kultury ludzkiej dzięki popędowi naśladowczemu, przyswaja sobie gotowe wzory mowy i sztuki ludzkiej. Inaczej jest w łonie matki, gdzie płód rozwija się zupełnie samorodnie z siebie samego, odtwarzając w swojej ontogenezie filogenetycznie przygotowane dla gatunku czynności i formy. Ontogeneza człowieka w łonie matki, formy i czynności embryonu, są niezamąconem żadnymi postronnymi czynnikami odbiciem dziedziczności. Tu gdzie panuje wyłącznie dziedziczność, zachodzą jednak zjawiska rozwojowe tego samego typu, co i w życiu pozałonowem dziecka, a więc wystawionem na wielostronne wpływy otoczenia, mianowicie i tu objawia się aktywność płodu, jego popęd do twórczości, jego praca plastyczna w celu nawiązania kontaktu z otoczeniem i wyzyskania tego otoczenia dla własnego rozwoju. Wszystkie embryonalne szczeble stwierdzają, że płód ludzki jest somatycznym zarodkiem „jaźni" człowieka dojrzałego, że to zarodkowe „ja" pracuje twórczo, plastycznie, nawiązując coraz ściślejszy stosunek z otoczeniem i aktywnie wyzyskuje je dla swego rozwoju, że przytoczymy tu jako dowód tylko takie akcesoryjne nadbudowy jak owodnia i jej wydzielina, organ rozbudowany z własnego materjału zarodka i służący mu za środowisko w okresie płodowym, allantois jako organ oddechowy, pępowina, itp.

Wyżej przytoczone zjawiska wskazują na fakt, że życie płodu, wyłączny rezultat dziedziczności, jest somatyczną podstawą dla pozałonowej rozbudowy duchowej człowieka, że w obu tych okresach

aktywność, twórczość, plastyczność architektoniki ustrojowej są głównemi podstawami rozwoju, naśladowczość, zaś, imponująca zbyt często u dziecka swoją zachłannością, jest czynnikiem ważnym, niezbędnym dla rozwoju duszy ludzkiej, ale w stosunku do rdzennych właściwości istoty ludzkiej, wcielonych jej przez dziedziczność jest czynnikiem drugorzędnym.

Dalszy ciąg pracy stawia materjał kazuistyczny — dziecięcy. Autor jako długoletni kierownik zakładu leczniczo - wychowawczego, gdzie stosował w wychowaniu i nauczaniu dziatwy metody szkoły twórczej, przytacza wypadki dzieci z inteligencji, u których dziedziczność ze strony rodziców i krewnych w kilku następnych linjach przedstawiała się normalnie, dzieci same w okresie przedszkolnym nie wykazywały żadnych objawów nienormalnych, nie przechodziły żadnych chorób, nie podlegały uszkodzeniom, były zdrowe cieleśnie (w paru wypadkach odra bez złośliwych następstw), przytem żywe, ruchliwe, ciekawe, obdarzone czynną uwagą i pamięcią.

W okresie szkolnym (uczęszczały wszystkie do szkoły zwykłej) dziecko było do niepoznania: ociężałość, apatja, brak zainteresowań, niechęć do nauki, nawet do zabaw. Wywiązująca się z tego tytułu cicha walka z rodzicami wywoływała niepożądane objawy moralne: skrytość, kłamliwość, drażliwość, podniecenia i obawy hypochondryczne.

Zmiana środowiska, przejście do metod wychowawczych, odpowiadających czynnej naturze dziecka, danie mu względnej swobody w wyborze zajęć, przystosowanie się do jego zamiłowań, bezpośrednie zetknięcie z przyrodą, przywróciły względnie prędko przyrodzoną aktywność, ożywienie umysłu, ogólną ruchliwość, twórcze pomysły i uzdolnienia, pod względem zaś moralnym zaufanie i szczerość, a nawet dziecięcą miłość do wychowawców. Podobne zmiany na lepsze stały się trwale, zkąd wniosek, że objawy ujemne były artefaktami, wywołanymi przymusem naśladowania czynności sprzecznych z odziedziczonemi właściwościami.

DR. JÓZEJ HANDELSMANN
I DR. WANDA DOBROWOLSKA

ZNACZENIE ROZPOZNAWCZE BADANIA UWAGI W CHOROBACH PSYCHICZNYCH.

Po wyjaśnieniu, jakie motywy przemawiają za koniecznością badania uwagi u psychicznie chorych i jakie stanowisko zajmuje badanie tego procesu psychologicznego wśród innych, autorzy podają własne badania u blisko 100 psychicznie chorych, dokonane rozmaitemi me-

todami, w celu przedstawienia poszczególnych właściwości uwagi i przeprowadziwszy analizę krzywych uwagi przechodzą do odpowiednich wniosków, stwierdzających znaczenie rozpoznawcze badania uwagi jako *objawu* pośród innych objawów u psychicznie chorego.

DR. BOL. SIWIŃSKI i DR. MERTZ. WYNIKI LECZENIA PORAŻENIA POSTĘPUJĄCEGO ZA POMOCĄ ZIMNICY.

Streszczenia nie nadesłano.

DR. JULJAN GAWROŃSKI. WPŁYW NARZĄDU MIĘŚNIOWEGO NA POWSTANIE I ROZWÓJ ŚWIADOMOŚCI.

Autor opierając się na wynikach własnej obserwacji dziecka oraz na pracach E. Storcha, H. Sachsa, Apathy'ego wykazuje, w jaki sposób czynności aparatu mięśniowego wpływają na rozwój świadomości. Narząd mięśniowy już u pierwotnie uorganizowanych tworów jak robaki, jest związany z pokrywą skórną (integumentum) i występuje pod postacią worka skórnomięśniowego jako organ zmysłowo - ruchowy.

Ten ścisły kontakt utrzymuje się stale oraz czynnościowo rozwija się i potęguje w pniu zwierzęcym aby osiągnąć swoje maximum w ustroju ludzkim. Mianowicie narządy pochodzenia ektodermalnego jak pokrywa skórna, zmysły, mózg wraz z szarą korą są na najwyższym szczeblu rozwoju pnia zwierzęcego morfologicznie i funkcjonalnie ściśle związane jak ongi u robaków z organem pochodzenia mezodermalnego — systemem mięśniowym i w tym zespole wywierają wpływ na powstanie i rozwój świadomości. Bodźce, działające na zmysły, wywołują odpowiednie transformacje w samych organach zmysłowych. Te transformacje jako nowe bodźce przedostają się do szarej kory, wywołując tam odpowiednie stany czynne. Wyrazem tych stanów w szarej korze są psychizmy — elementy świadomości.

Świadomość powstająca tą drogą, nie jest jednak pełna i jasna. Te właściwości występują dopiero dzięki pracy mięśniowej, związanej z działalnością narządów zmysłowych, która to praca przezwycięża nastręczające się opory masy (materyi). W wyniku tej pracy powstaje dopiero poczucie rzeczywistości — świadomość pełna i jasna.

Narząd mięśniowy występuje więc jako aparat pośredniczący w powstawaniu wyobrażeń o przestrzeni, nieodłącznej od masy.

Proces, dzięki któremu powstają wspomniane psychizmy, anatomicznie jeszcze nie ustalony, ale psychobiologicznie usprawiedliwiony, przedstawia się następująco.

Jeżeli dane zjawisko świata zewnętrznego jako bodziec działa na zmysły, wówczas transformacje, które tam zachodzą, wywołują jednocześnie akty mięśniowe; dzięki tym ostatnim, ustrój wchodzi w kontakt z masą, ta zaś hamuje ruch mięśni. Drogą myosensoryczną, wychodzącą z komórek przednich rogów rdzenia pacierzowego w towarzystwie dróg piramidowych dostaje się odbitka aktu mięśniowego przezwyciężającego opór przestrzennej masy do szarej kory. Wyrazem tego procesu jest subjektywne odczucie rzeczywistości, związanej z działaniem bodźca. Jednem słowem bodzieć, działający na zmysły, jednocześnie wpływa na obudzenie aktów mięśniowych i tem samem w korze szarej mózgu wywołuje dwie klisze, — zmysłową w jej ośrodkach czuciowych i mięśniową (myogenną) w jej ośrodkach motorycznych. Tym współczesnym procesom w korze szarej mózgu odpowiada świadomość pełna i jasna o bodźcu zewnętrznym — poczucie rzeczywistości.

Dziecko w początkach swego istnienia jako istota rdzeniowa i refleksyjna rozbudowuje w miarę ogólnego rozwoju gmach świadomości o świecie realnym dzięki jednoczesnej pracy zmysłowo - mięśniowej, objawiającej się w niezmordowanej jego (dziecka) ruchliwości oraz przezwycięženiu oporów jakie mu w zabawach i pracach nastręcza masa.

Wnioski pedologiczne i psychopatologiczne (względnie pedagogiczne i psychjatryczne) streszczają się następująco. Pedologja współczesna wymaga od pedagogji obok pracy zmysłów także pracy mięśniowej dziecka. Temu wymaganiu odpowiada pragmatyzm Jamesa, systemy Deweya, Montesscu t. zw. szkoła twórcza w Szwajcarji, Belgji oraz Szkoła Odrodzenia w Polsce, założona przez autora. Wiele objawów psychopatolgicznych wypływa z rozszczepienia się w świadomości jej składników zmysłowych i mięśniowych, dlatego też współczesna psychoterapja dąży do zetknięcia chorego psychicznie ze światem zewnętrznym przez zajęcie go zabawą lub pracą mięśniową w warsztacie, w polu, ogrodzie i t. p.

Do referatów głównych można zgłaszać jeszcze odczyty uzupełniające najdalej do 20 kwietnia b. r.

Na wygłoszenie referatu głównego przeznacza się 30 minut, odczytu uzupełniającego 10 minut; czas przemawiania w dyskusji ogranicza się do 5 minut.

Komitet prosi wszystkich referentów o nadesłanie krótkich streszczeń referatów najdalej do 20 kwietnia b. r. Streszczenia te będą wydrukowane i rozesłane uczestnikom przed zjazdem.

Wkładka dla uczestników zjazdu wynosi 20 złotych.

Zapotrzebowania mieszkania zgłaszać należy do Komitetu Zjazdu najdalej do 10 maja b. r.

Zamawiający mieszkanie zechcą nadesłać zaliczkę w kwocie 10 zł.

KOMITET ORGANIZACYJNY VI ZJAZDU PSYCHJATRÓW POLSKICH:

Prof. Dr. Jan Piltz, prezes
Doc. Dr. Juljusz Morawski, wiceprezes
Doc. Dr Marcin Zieliński. sekr. generalny Zjazdu
Dr. Władysław Sochacki, skarbnik
Dr Aurelja Sikorska, sekr. Komitetu Organ.

Adres Komitetu Organizacyjnego VI Zjazdu Psychjatrów Polskich:

Kl nika neurologiczno-psychiatryczna Uniw. Jagiell.
Kraków ul. Kopernika 48.

SPRAWOZDANIA Z POSIEDZEŃ NAUKOWYCH.

POSIEDZENIE LWOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO
dnia 6. 3. 25.

W. JANUSZ: SAMOTNA TRICHOMIKOZA ŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO.

Z postępem metodyki badania laboratoryjnego i klinicznego, uwaga lekarza coraz częściej zatrzymuje się nad działem biologji, najmniej jeszcze poznanym, a wzbudzającym szczególne zainteresowanie nietylko teoretyka, ale też klinicysty. Działem tym jest sprawa postaci grzybków niższych oraz patogenezy schorzeń, przez nich wywołanych. Nauka chorób wewnętrznych mało dotychczas zwraca uwagi na grupę grzybic i ich przyczyny. Najczęściej i najwięcej zajmowano się grzybkiem promienicy, natomiast bardzo niewiele — grzybkami innemi. Jedynie autorzy francuscy, którzy, jak się o nich wyraża niemiecki uczony Plaut „Dumni być mogą, że położyli pierwsze podstawy do poznania patologji grzybic" —, opracowali ten dział szczegółowo w podręcznikach chorób wewnętrznych.

Po szczegółowem omówieniu morfologji i biologji grzybków chorobotwórczych, ref. zastanawia się dłużej nad klasyfikacją włoskowca paciorkowego w grupie trichomikozy i gwoli większej jasności przychyla się do poglądu Petruschki, używania (w przypadkach, w których nie dało się wykazać wszystkich cech postaciowych i życiowych poszczególnego grzybka) określenia rodzajowego — trichomikozy, co uchroni statystykę tych schorzeń od błędów i nieporozumień. Przechodząc do podziału anatomo - klinicznego, ref. wyróżnia zależnie od umiejscowienia się zmian chorobowych: 1) Trichomikozę jamy ustnej i gardzieli, 2) trichomikozę płuc i 3) trichomikozę przewody pokarmowego, 4) trichomikozę skóry. Co do układu nerwowego, to znane są w piśmiennictwie światowem zaledwie poszczególne przypadki odosobnionej trichomikozy, opisy których przechodzą z jednego podręcznika do drugiego. Częściej natomiast stwierdza się w mózgowiu ropnie grzybkowe, powstałe zazwyczaj wtórnie. W piśmiennictwie polskiem z podobnemi przypadkami spotykamy się w opisach Bełkowskiego i Morawieckiej. S. Ciechanowski w Towarzystwie Krakowskiem pokazywał preparat pierwotnej promienicy ucha środkowego

z wytworzeniem następowem ropnia móżdżka; W. Nowicki spostrzegał w Zakładzie Lwowskim ropień mózgowia, spowodowany grzybkiem promienicznym na drodze przerzutowej z pierwotnego zapalenia wyrostka robaczkowego. Do tych rzadszych przypadków odnoszą się również opisy osamotnionej promienicy nerwów jamy czaszkowej, a opisane przez Ernsta, jako promienica nerwów wzrokowych i przez H. Stahra w zwoju półksiężycowatym. Z zestawionego piśmiennictwa wynika, że sprawy grzybkowe nitkowate nawiedzają układ ośrodkowy nerwowy przeważnie wtórnie, ogniska zaś samotnej grzybicy mózgu należą, wobec braku grzybka w innych narządach, do rzeczy wyjątkowych.

Takim niezwykłym przypadkiem trichomikozy ośródkowego układu nerwowego w szeregu podobnych schorzeń jest przypadek, który ref. spostrzegał w zakładzie anatomji patologicznej we Lwowie, a w którym za życia rozpoznano nowotwór podstawy mózgu. Jest to pierwszy przypadek streptotrichozy ośrodkowego układu nerwowego, ogłoszony w piśmiennictwie polskiem, a rozpoznany histologicznie; przy uwzględnieniu zaś pracy Howarda, który do niedawna uważał swój przypadek wywołanych włoskowcem paciorkowym zmian pierwotnych układu nerwowego, za piąty w piśmiennictwie światowem, — wypada stwierdzić, że wykazanie grzybków nitkowatych w jamie czaszkowej należy niewątpliwie do wielkiej rzadkości.

Przypadek, spostrzegany przez ref-ta, dotyczy kobiety lat 24., żony zarobnika, zamieszkałej na wsi, która leczyła się na oddziale nerwowym Szpitala Państwowego we Lwowie. Z historji choroby Dra. A. Domaszewicza wynika, że obecne niedomagania rozpoczęły się przed 9-cioma miesiącami silnemi bólami głowy, szczególnie po stronie lewej. Było to kilka tygodni po porodzie. Chora karmiła wtedy dziecko. Od miesiąca stan jej znacznie się pogorszył, bóle stały się silniejsze. Chora nie jest w stanie podnieść lewej powieki. Apetyt dobry; stolec i mocz oddaje prawidłowo. Chora traci często przytomność. Stwierdza się u niej wyraźne objawy oponowe. Usta ma silnie zaciśnięte, przy podawaniu pokarmów ksztusi się. Dnia 4. 6. chora zmarła. Sekcja, wykonana w 12-cie godzin po śmierci wykazała co następuje: Przy oględzinach zewnętrznych, jako też sekcji narządów wewnętrznych nie zanotowano nic godnego uwagi. Głowa i tułów umiarowe. Czaszka typu mezencefalitycznego o zachowanym stosunku substancji zbitej do gąbczastej. Opona twarda jest silnie napięta, nie daje się sfałdować, a przez nią przeświecają poszczególne

zarysy zakrętów mózgowych. Opony miękkie są przekrwawione i lekko obrzękłe. Mózg wielkości odpowiedniej, ciężaru 1.380 gr., substancja mózgowa obrzękła i wybitnie przekrwawiona. Po wyjęciu mózgowia z jamy czaszkowej, uderza wyniosłość zgrubiałej twardówki podstawy czaszki, w okolicy foramen lacerum anterius po stronie lewej od siodełka tureckiego, wielkości i postaci małego jaja kurzego, ulegająca rozpadowi od szczytu. Na przekroju tkanka ta wykazuje jednostajne utkanie blado żółtawej barwy, przypominające tkankę włókniczka zbitego. Powierzchnia przekroju jest wilgotno-soczysta, gdzieniegdzie dopatrzeć się można różnopostaciowych ognisk rdzawych, które są jak gdyby wpryśnięte w tkankę włóknistą. Kości siodełka tureckiego od strony lewej są chropowate i nadżarte. Przysadka mózgowa nie wykazuje zmian widocznych. Opony miękkie w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych, przeważnie po stronie lewej, wykazują obecność tkanki ziarnicowej. Opony miękkie mostu, a nawet rdzenia przedłużonego pokryte są również ściśle przylegającemi wybujałościami ziarninowemi, przeważnie po stronie lewej. W uchu środkowem znajduje się zawartość krwawo-soczysta bez obecności składników ropy.

Badanie drobnowidzowe skrawków z wyniosłości podobnej do nowotworu wykazuje pod małem powiększeniem gęstą sieć nitek w postaci długich przecinków, uwidoczniając pod dużem powiększeniem na końcach wzdęcia lub zgrubienia kolkowate. Leżą tu nici przeważnie pozakomorkowo i tylko niektóre z nich znajdują się także w komórkach. Większość tych nitek wykazuje nawet przesmykowate przewężenia, jak gdyby w tych miejscach dzieliły się one dichotomicznie. Dookoła grzebni stwierdza się, że tkanka ma charakter przewlekłego stanu zapalnego. W otoczeniu najbliższem grzybicy układają się komórki owalne z dużem jądrem i skąpą pierwoszczą: są to przeważnie komórki wielojądrzaste typu Maksimowa, dalej limfocyty o jądrach obfitujących w chromatynę, w niektórych z nich widoczne są nawet jąderka. Gdzieniegdzie spotyka się większe skupienia komórek olbrzymich o typie „Fremdriesenzellen“. Pozatem stwierdza się nieco makrofagów, przeważnie nietypowych. Zwłaszcza na obwodzie zauważyć można komórki, których jądra ulegają rozpadowi — chromatolizie. Nieliczne komórki okazują zawartość eozyno-chłonną, niektóre znowu posiadają wodniczki. Obok nich stwierdza się również komórki nabłonkowate i plazmatyczne, niekiedy występujące w postaci olbrzymich tworów. Całość odpowiada ziarniniakowi, w którym są grzybice włoskowca paciorkowego. Obfite naczynia są szczelnie

wypełnione krwią, błona wewnętrzna ich jest wyraźnie zgrubiała i wybujała, oraz ulega zwyrodnieniu szklistemu. Opona twarda w pobliżu grzybni wykazuje również zmiany szkliste. Przysadka mózgowa na przekrojach nie zawiera ani nitek, ani kolonji grzybkowych. Badanie kory mózgowej, wykazuje obraz neuronofagji komórek nerwowych, a odpowiednio do tego, w częściach obwodowych, stwierdza się wyraźne bujanie gleju.

Obraz anatomiczny i histologiczny wykazuje zatem, że w wypadku tym zachodzi ogniskowe zakażenie trichomikotyczne, odpowiadające według zewnętrznych cech włoskowcowi paciorkowemu, który powodował przewlekły, umiejscowiony stan zapalny w postaci ziarniniaka, usadowionego samotnie na podstawie czaszki w twardówce w okolicy foramen lacerum ant. po stronie lewej; tu bowiem stwierdzono największe zmiany, które prawdopodobnie muszą być najstarszemi. Dopiero z tego miejsca zakażenie posuwało się na most i rdzeń przedłużony. Droga wtargnięcia grzybka chorobotwórczego do jamy czaszkowej nie jest w tym przypadku anatomicznie zaznaczona i przypuszczać należy, że muszą być brane tu pod rozwagę. zwykłe wrota tego zakażenia. A więc najczęściej jama ustna, która w tym przypadku nie wykazywała żadnych zmian już to pod postacią jakichś uszkodzeń, już też blizny. Również jama nosowa może być źródłem zakażenia poprzez blaszkę sitową, albo przez kość skalistą ze strony ucha środkowego. Miejsca te we wspomnianym preparacie, na przekroju podłużno-skośnym, zmian chorobowych nie przedstawiają; tkanka około-kręgowa zachowuje się zupełnie prawidłowo. O drodze przerzutowej nie może być mowy wobec braku ognisk grzybkowych gdziekolwiek na obwodzie. Pozostaje więc stwierdzić, że przypadek ten może być uważany za pierwotną, w pewnem znaczeniu , zmianę jamy czaszkowej o niewyświetlonym sposobie wtargnięcia grzybka. Znany jest fakt, że promienica opony twardej ma zwykle bardziej przewłoczny charakter, niż w narządach innych. Uwaga ta sprawdza się również na przypadku omawianym. Opona twarda, ze względu na zbitość swojej tkanki nie jest podatnem podłożem do łatwego rozrostu grzybków i przez dłuższy czas umiejscawia je, nie dopuszczając do przekroczenia obrębu opony twardej. Przytoczony obraz anatomiczny w przypadku tym najdosadniej tłómaczył by się przeto przewlekającą sprawą, niewyraźną pod względem klinicznym.

Rozpoznanie trichomikozy samotnej w jamie czaszkowej wzbudza u klinicysty specjalne zainteresowanie, boć w przypadkach grzybicy

rzutowej, z innego jakiegoś ogniska, rozpoznanie nie przedstawia zresztą większych trudności. Dla celów rozpoznawczych uciekano się do najrozmaitszych prób i sposobów, a w kierunku leczniczym nie szczędzono wysiłków, które zgodnie wykazują, że pomimo stosowania najrozmaitszych sposobów, jedynym środkiem leczniczym pozostaje po dziś dzień preparat jodu.

Na stole sekcyjnym rozpoznanie trichomikozy najczęściej uchodzi za gruźlicę lub kiłę w trzecim okresie i dopiero badanie drobnowidzowe jest w stanie sprawę w zupełności wyjaśnić. Zajęcie się w ostatnich czasach bliżej neurohistopatologją zwróciło uwagę ref-ta, że dla celów różniczkowego rozpoznania anatomo-patologicznego, ważnem jest pamiętać, iż w mózgu mogą wystąpić podobne obrazy natury wręcz niepasożytniczej, a raczej inwolucyjnej. Są to tak zwane gródki martwicze kory mózgowej, które w ostatnich latach zajęły uwagę neuro- i histopatologów. O. Fischer pierwszy zwrócił uwagę na te twory gródkowe w mózgu i łączył je z presbiofrenją. Podobieństwo tych gródek do tworów pasożytniczych upoważniło tego autora do nazwania ich sferotrichozą. Według niego, gródki te „spherotricheae“ czyli „plaques“ przedstawiają się pod postacą owalnych lub krągławych tworów, które w ośrodku swoim posiadają tak zwane jądro, składające się z masy, zabarwiającej się metodą Bielschowskiego na brunatno-czerwono. Dookoła niej widzi się jasną obwódkę, w otoczeniu której rozgałęziają się w nieprawidłowym porządku włókienka nerwowe rozpadające się na kolbowate zgrubienia. Twory te nie należą do ciał krystalicznych, gdyż, oglądane w świetle spolaryzowanem nie są dwułomnemi. Badania histologiczne Fischera zostały potwierdzone przez Oppenheima, Fullera i szkołę Alzheimera. Simchowicz przypisuje rolę główną w powstawaniu plaques dwum procesom: 1) rozrost, względnie zagęszczenie gleju i 2) bujanie włókienek osiowych. Przytoczone poglądy z piśmiennictwa nowoczesnego zaprzeczają najjaskrawiej pasożytniczemu pochodzeniu w powstawaniu gródek ogniskowych, stwierdzonych w mózgu psychicznie chorych starców. Pochodzenie więc tych blaszek nie stoi w związku z trichomikozą, a zależne jest od odkładania się substancji chemicznych, o nieznanym jeszcze składzie. Stwierdzenie grzybków nitkowatych w jamie czaszkowej należy niewątpliwie do wielkiej rzadkości, co może w pewnym stopniu zależeć także od tego, że sprawy grzybkowe uchodzić mogą za gruźlicę lub inne schorzenia. Dla tego też anatom w tych przypadkach, podobnie jak i internista w przypadkach posocznicy o niewyraźnem pochodzeniu, po-

winien zawsze pamiętać o możliwości wystąpienia sprawy grzybkowej. (Autoreferat).

DYSKUSJA.

P. Domaszewicz: Nadzwyczaj rzadki przypadek trichomikozy mózgu, wszechstronnie opracowany przez ref-a zasługuje na uwagę także ze względu na obraz kliniczny. Szczegółowe przedstawienie historji choroby zbyt wiele zabrało by czasu, ogranicza się ref. zatem do najważniejszych objawów, na podstawie których oparł rozpoznanie. Zajęcie licznych nerwów mózgowych, a mianowicie III, IV, V, VI, VII, po stronie lewej, sztywność źrenic na światło i bardzo nieznaczny wiotki niedowład kończyn po stronie przeciwnej oraz objawy oponowe przemawiały niewątpliwie za procesem zapalnym w oponach u podstawy czaszki. Ujemny odczyn Wassermanna we krwi i w płynie, przy pleocytozie, zwiększonej ilości białka i globuliny oraz nieprawidłowych krzywych złota i Mastix, — nie pozwalały na rozpoznanie sprawy kiłowej, dającej najczęściej podobny obraz kliniczny. Brak prątków Kocha i ujemny wynik bakterjologicznego badania nie upoważniał w dalszym ciągu obserwacji klinicznej do podejrzeń o gruźlicę. Leczenie rtęciowo-salwarsanowe przyniosło nieznaczną poprawę niedowładów i stanu podmiotowego, jednak wkrótce stan zaczyna się pogarszać, występują niedowłady nerwów mózgowych po stronie drugiej, niedowład wiotki obu kończyn dolnych, na dnie oczu — tarcza zastoinowa.

Wobec niemożności wyjaśnienia natury sprawy chorObowej, toczącej się niewątpliwie u podstawy czaszki, rozpoznanie kliniczne brzmiało: guz u podstawy czaszki. Autopsja potwierdziła w zupełności rozpoznanie kliniczne, niespodzianką natomiast był wynik badania histologicznego, które wykazało pierwotne trichomicomae podstawy czaszki, schorzenie, którego przyrody, wobec pierwotnego usadowienia się sprawy u podstawy czaszki, klinicysta za życia pacjenta nie mógł rozpoznać.

P. Leszczyński podnosi 1) brak wogóle ustalonej systematyki botanicznej grzybków chorobotwórczych, wskutek czego dzisiaj niepodobna zorjentować się w pasożytach roślinnych; 2) trudności rozpoznawcze przebiegu klinicznego polegają na podobieństwie sprawy do gruźlicy i kiły, tymbardziej, że terapeutycznie stosowany jod przy wszystkich trzech sehorzeniach nie jest bez wpływu na ich przebieg.

P. Baracz podnosi rzadkość promienicy mózgowej (dotychczas znanej w 20 przypadkach); powstaje ona albo przez wędrowanie grzybka ze sąsiedztwa albo rzadziej drogą przerzutów. Z okolicy szczęki górnej i okolicy skroniowej może sprawa chorobowa przedostać się do dołu skroniowego, klinowo-podniebiennego (fossa infratemporalis) i ztamtąd przez szczelinę dolną oczodołową (fissura orbitalis inferior) do oczodołu i tkanki pozaoczodołowej, ztamtąd wreszcie może przenieść się przez tę szczelinę i otwór nerwu ocznego na podstawę mózgu. B. spostrzegał podobny przypadek u 30-letniego wieśniaka na oddziele chirurgicznym p. Ostrowskiego. Bardzo rozległy i uporczywy deskowato-twardy naciek z początku zajmował okolicę skroniową prawą, okolicę szczęki górnej i dolnej i większą część szyji. Leczenie polegało na wykonaniu operacji: nacięcie i wyskrobanie dostępnych ognisk, przyczem stwierdzono komunikację ogniska skroniowego z tworzeniem pod łukiem jarzmowym i obnażenie łuku jarzmowego. Równocześnie zastosowano leczenie wstrzykiwaniami marszszowemi 1% rozczynu siarczanu miedzi co kilka dni. Mimo to wystąpiły nowe ogniska na powiekach i sprawa chorobowa przeniosła się na okolicę wyrostka sutkowego, które to ogniska leczono w podobny sposób. Po 14 wstrzykiwaniach naciek ustąpił prawie zupełnie, tylko utrzymywał się w przedniej części okolicy skroniowej. Nagle wystąpiły bóle oka prawego coraz

wybitniej, wytrzeszcz, upośledzenia ruchów gałki ocznej i stopniowe osłabienie bystrości wzroku, które doszło do 1,60 prawidłowej bystrości. Sprawa chorobowa przeniosła się zatem do dołu skroniowego (fossa infra - temporalis) i przez dolną szczelinę oczodołową do oczodołu a właściwie — tkanki oczodołowej pozagałkowej. Celem utorowania drogi do wypróżnienia ogniska. wykonał p. Ostrowski wycięcie brzegu oczodołu aż do szczeliny oczodołowej dolnej, poczem bystrość wzroku poprawiła się, rana się zagoiła i chory wypisał się ze szpitala i odjechał do domn. Polepszenie jednak nie trwało długo. U chorego wystąpiły ponownie bóle głowy, bezsenność i gorączka; chory zmarł w miesiąc po wypisaniu się ze szpitala wśród zapalenia opon mózgowych. Z dotychczas znanych i opisanych dziewięciu przypadków promienicy oczodołu, 9 zakończyło się zejściem śmiertelnem, z tych w 8 wśród objawów zapalenia opon mózgowych. Wobec tak znacznej złosliwości promienicy oczodołu i śmiertelności poleca p. B. wykonywanie w podobnych przypadkach zabiegu bardziej radykalnego. Nacieków promieniczych nigdy jednak nie należy wyłuszczać, tylko wyskrobywać rozmiękłe ogniska i tamponować je gazą, napojoną rozczynem siarczanu miedzi, a w nacieki należy wstrzykiwać ten rozczyn wśródmiąższowo.

Co się tyczy hypotezy Wrighta z Bostonu, zyskującej coraz więcej zwolenników, jakoby promienica była saprofitem, przebywającym stale na błonie śluzowej przewodu pokarmowego, który dopiero wskutek urazu lub osłabienia organizmu nabiera własności chorobotwórczych (enterogenetyczna infekcja), to p. B. z zapatrywaniem tem zgodzić się nie może i przeciwstawia dowody, przemawiające za zakażeniem od zewnątrz: znajdywanie bardzo częste w ogniskach promieniczych części ciał roślinnych (ości, kłosów) pokrytych kolonjami grzyba, występowanie choroby przeważnie u ludności wiejskiej podczas pory młócenia zboża, nie powstawanie nowych ognisk w przewodzie pokarmowym przez połykanie śliny i plwocin, pochodzących z ognisk promienicowych i wiele innych.

P. Janusz w odpowiedzi zaznacza, że Petruschky rzekomo miał otrzymać zupełne wyleczenie w 3 przypadkach streptotrichozy preparatem streptotrichiny, przygotowanym na wzór tuberkuliny. Co do podziału grzybków niższych, najdokładniejsza klasyfikacja morfologiczna jest — zdaniem mówcy — podana w podręczniku botaniki Liske.

POSIEDZENIE NAUKOWE LEKARZY W DZIEKANCE.

ze współudziałem gości z Gniezna w dniu 28. 5. 1925 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz: p. Berezowski.

Al. Piotrowski: *Przypadek sądowy. Zabójstwo męża.—Psychopatja, ograniczona umysłowość—psychoza reaktywna. Niepoczytalność.*

P. Piotrowski przedstawił—celem ułatwienia słuchaczom zrozumienia tematu właściwego—najprzód młodą dziewczynę J., lat 20, znajdującą się w stanie odrętwienia, objawiającym się sztywną postawą posągową, bezruchem, milczeniem, oporem przy ruchach biernych. Ref. podkreślił, że pacjentka nie popełniła zbrodni, nie miała żadnej sprawy karnej, nie przesiadywała w więzieniu, a jednak zachorowała na psychozę bez widocznego powodu i to w domu rodzicielskim; chora przybyła do zakładu w stanie silnego podniecenia z omamami i różnemi dziwacznemi urojeniami. W zakładzie po pewnym czasie podniecenie minęło, a rozwinął się stan zahamowania psychicznego, które ostatecznie przyjęło postać odrętwienia.

Następnie prelegent przeszedł do właściwego tematu i przedstawił zabójczynię męża D., lat 34, znajdującą się w takim samym stanie odrętwienia co pacj. J., wykazującym większe nasilenie, albowiem D. nie reagowała na głębokie ukłucia szpilką, które u pierwszej pacjentki wywoływały drgania całego ciała.

D. przed trzema laty zabiła swego męża wystrzałem z rewolweru. Wycelowawszy do śpiącego z odległości kilkudziesięciu centymetrów, zraniła go śmiertelnie. Po wystrzale sprawczyni porozrzucała po pokojach bieliznę i wyważyła okno, aby upozorować napad i zaalarmowała domowników. Sąsiedzi zorjentowali się wnet w sytuacji i podejrzewali D. o zbrodnię zabójstwa. D. osadzono w więzieniu. Obwiniona, po początkowem wypieraniu się, przyznała się do zbrodni, przedstawiając fakt w ten sposób, że wieczorem, zdenerwowana po kłótni z mężem, położyła się spać i usnęła; gdy się przebudziła, spostrzegła, że stoi z bronią w ręku w drzwiach prowadzących do pokoju męża. Poznawszy, co się stało, przestraszyła się ogromnie i ze strachu przed następstwami czynu upozorowała napad. D. twierdziła, że czyn popełniła, bo go wykonać musiała, bo ją do czynu coś popychało, że o szczegółach zbrodni nic nie wie i nic nie pamięta. W toku dochodzeń wydało się, że D. strzeliła poprzednio już raz do męża, podczas przechadzki, którą odbyła z nim tego samego wieczoru, lecz go nie ugodziła. I do tego czynu D. przyznała się. Świadków bezpośrednich obu wyżej wymienionych wydarzeń nie było. Później D. zmieniła zeznanie, posądzając swego kochanka W. o zabójstwo męża.

W więzieniu obwiniona miewała przemijające stany psychotyczne; wobec tego sąd oddał ją pod obserwację psychjatryczną.

Do Dziekanki podsądna przybyła dnia 20 marca 1922 r. w stanie zamroczenia histerycznego, które przeszło w ciągu dwuch tygodni. W następnym okresie D. usiłowała zbiedz, namawiała pielęgniarki, żeby jej do tego pomogły, starała się symulować chorobę psychiczną i w tym celu wypytywała się pielęgniarki, w jaki sposób najlepiej udawać chorobę.

W opinji sądowo-lekarskiej ekspert orzekł, że D. w chwili zabójstwa męża znajdowała się „prawdopodobnie w stanie zamroczenia" i zalecił ze względu na okoliczność, że w tym przypadku zdania biegłych co do poczytalności obwinionej mogą być podzielone, ażeby sąd zasięgnął opinji jeszcze drugiego psychjatry. Sąd uwzględnił tę propozycję i zażądał orzeczenia drugiego psychjatry, który zaopinjował, że podsądna w czasie dokonania karalnych czynów nie znajdowała się w stanie zamroczenia i że za czyny swoje jest odpowiedzialna.

Z powodu sprzeczności tych dwóch orzeczeń psychjatrycznych, sąd oddał D. ponownie pod obserwację psychjatryczną. Tam podsądna przebywała pół roku, udawała chorobę psychiczną i ostatecznie zbiegła. Eksperci (było ich dwóch) uznali podsądną za symulantkę i odpowiedzialną za czyny karalne.

Na głównej rozprawie sądowej w listopadzie 24 r. dwóch biegłych orzekło, że oskarżona jest osobą psychicznie ciężko upośledzoną i z tego powodu nieodpowiedzialną za swoje czyny karalne, trzeci biegły także uznał oskarżoną za osobę psychicznie upośledzoną, ale odpowiedzialną za swoje czyny karalne. Sąd oparł wyrok na orzeczeniu pierwszych dwóch psychjatrów i uwolnił oskarżoną od winy i kary, a prokurator przekazał ją, jako psychicznie chorą i niebezpieczną dla otoczenia, do zakładu psychjatrycznego.

D. przyjęto do tutejszego Zakładu 9.XII.24 r. O osobowości jej dowiadujemy się, że D. przed laty była leczona na histerję; jako dziecko z powodu bezwładu w nogach nie mogła stać ani chodzić przez kilka miesięcy, miewała napady, w których traciła przytomność i „rzucała się". Pod względem psychicznym uderzało, że D. miała inny charakter jak jej siostry: była złośliwą, drażliwą, opryskliwą, zaczepną. Rodzina uważała ją za „złe" dziecko. D. wyszła zamąż za urzędnika magistrackiego, z którym

miała dwoje dzieci. D. sprzeniewierzała się mężowi, miała stosunki z innymi mężczyznami, w nieobecności męża przyjmowała kochanków we dnie i w nocy u siebie i nie wstydziła się, gdy znajoma zastała ją w łóżku z obcym mężczyzną. Na zabawie, na której była z mężem, D. usunęła się z kochankiem W. do wynajętego gabinetu i położyła się z nim do łóżka w obecności innej parki, która równocześnie zajmowała drugie łóżko. W beztrosce o przyszły los własny i dzieci, dając tylko folgę swojej namiętności do kochanka W., za którego pragnęła wyjść zamąż, D. zgładziła męża, aby się od niego uwolnić.

Pod względem cielesnym badana wykazuje pewne znaki zwyrodnienia i osłabienia fizycznego; twarz jej ma rysy mongoloidalne: niskie czoło, skośno ustawione szpary oczne i wystające kości jarzmowe; uszy są przyrośnięte. Pozatem odruchy ścięgniste są bardzo żywe, nawet wzmożone, odruchy z błon śluzowych zniesione; czucie bólowe jest zniesione, zwłaszcza na twarzy. Przy opukiwaniu okolicy nad lewym szczytem płucnym słyszy się skrócony ton opukowy. Badania serologiczne dały wyniki ujemne.

Badanie intelektu wykazało niski poziom umysłowości badanej. Wiadomości szkolne obfitowały w liczne luki; sąd o rzeczach zebranych z życia codziennego często wypadał błędnie, niedokładnie, powierzchownie; pacjentka nie umiała kombinować, nie umiała myśleć na dalszą metę, żyła tylko chwilą obecną, nie troszcząc się o to, co dalej będzie. Zachowanie jej było dziecinne. Badana objawiała namiętności dorosłej kobiety, a umysłowość 15-letniego podlotka, — mimo doświadczenia życiowego jej zapatrywanie na świat, na życie i na obowiązki było płytkie. Podczaz badania D. szybko się męczyła i z tego powodu badanie trzeba było często przerywać.

W zakładzie D. przebyła najprzód okres manjakalnego podniecenia, w którym była bardzo wesoła i ruchliwa, śmiała się dużo, śpiewała, tańczyła; od czasu do czasu miała wybuchy gniewu; wtedy zaczepiała otoczenie; bez powodu uderzyła sąsiadakę, stojącą spokojnie obok i powaliła ją na ziemię. Przy innej sposobności odgrażała się, że ucieknie choć boso i nago i wszystkich pozabija; karać się nie da, a jeżeli ją będą karać, to poznają, co ona znaczy. Nastrój pacjentki był zmienny, wzruszeniowość bardzo pobudliwa; już błahe przyczyny mogły ją poruszyć. D. udało się wymknąć z oddziału i opuścić teren zakładu. Nie doszła jednak daleko, bo, gdy nieobecność jej zauważyły pielęgniarki, pobiegły za nią i przyprowadziły ją z powrotem. O tem samowolnem oddaleniu się D. później nic nie wiedziała i szczegółów zajścia nie pamiętała. Niekiedy D. wyrażała dziwaczne urojenia, że urodziła dzieci bez języków, że waży 30 centnarów, że ma syfilis, że chce zarazić cały świat, ażeby wszyscy ludzie poumierali; D. miewała często omamy wzrokowe: np. widziała „djabłów". Gdy okres podniecenia minął, pacjentka uspokoiła się, lecz była przygnębiona, płakała, modliła się, skarżyła się na bóle głowy, źle sypiała. Z czasem rozwinął się stan głębokiego zahamowania psychicznego z bezruchem; twarz była maskowata, wzrok pusty, postawa sztywna, przy ruchach biernych wyczuwało się opór. Pacjentka nic nie mówiła, na pytania nie odpowiadała, pokarmu nie przyjmowała, musiała być sztucznie karmiona (zgłębnikiem).

Wywiady i badania wykazały, że D. jest osobą psychicznie w wysokim stopniu upośledzoną i usposobioną do ostrych zachorzeń psychicznych. Przedstawia ona typ psychopatki z ograniczoną umysłowością, z licznemi objawami histerycznemi; jej poziom etyczny jest obniżony; już jako „złe" dziecko D. objawiała skłonności antyspołeczne. Brak hamulców etycznych, silna namiętność seksualna, której D. się ślepo poddawała, ułatwiły jej powzięcie zamiaru zbrodniczego i wykonanie zbrodni bez najmniejszych skrupułów. Jej ograniczona umysłowość nie mogła objąć skutków, wypływających z czynu karalnego dla niej samej, dla dzieci i dla jej rodziny. Zbrodnia wykonana na pozór z za-

stanowieniem i rozwagą, w gruncie rzeczy była wypływem psychiki na wskroś chorej. Z powodu znacznego upośledzenia psychicznego wolna wola jej była zniesiona. Osoba tego rodzaju co D. za czyny swoje odpowiadać nie może.

Wskutek strasznych przeżyć — zabójstwo męża, areszt, obserwacja sądowo-psychjatryczna, ucieczka z przytułku i ukrywanie się, ponowne pojmanie, więzienie, rozprawa sądowa, przekazanie do zakładu psychjatrycznego, stanowiły ciężkie ciosy dla pacjentki — jej z natury słaby system nerwowy nie wytrzymał działania szkodliwości i pod ich wpływem stan chorobowy pogorszył się znacznie i przeszedł w okres objawiający się zaburzeniami psychicznemi o typie manjakalno - depresyjnym. Ze względu na psychogenetyczność objawów chorobowych u D. wolno przypuszczać, że gdyby D. pozostała była na swobodzie, psychoza prawdopodobnie nie przedstawiałaba obecnej ostrej postaci. Jednakże błędnem jest przypuszczenie, że choroba psychiczny u D. powstała tylko z tego powodu, że D. znajduje się w zakładzie psychjatrycznym i w otoczeniu osób psychotycznych; że choroba taka nie powstaje w zakładzie, dowodzi przypadek pierwszy, w którym psychoza powstała u młodego dziewczęcia bez widocznych przyczyn, w domu rodzicielskim, w otoczeniu ludzi zdrowych D. już od dłuższego czasu była psychicznie chorą i miewała okresy chorobowego podniecenia i zahamowania, cierpiała na depresję, na omamy. Chorobę u D. stwierdzono kilkakrotnie w czasje jej pobytu w więzieniu; nie ulega wątpliwości, że objawy, które uważano niekiedy jako udawane, w rzeczywistości były objawami chorobowemi. Obecny stan należy interpretować jako maksymalne nasilenie choroby psychicznej, która już dawniej objawiała się u D. Charakter i okresowość choroby pozwalają przypuścić, że D. także w czasie krytycznym znajdowała się prawdopodobnie w stanie podniecenia chorobowego. Z drugiej strony obecny ciężki stan psychotyczny u badanej wskazuje na to, że D. jest upośledzoną osobą usposobioną do zachorzeń psychicznych, bo tylko osoby usposobione zapadają na psychozę, jaką stwierdziliśmy u D.

Przypadek demonstrowany należy do najtrudniejszych, z jakiemi ekspertyza sądowa ma do czynienia. Osoby tego rodzaju co D., u których zaburzenia psychiczne w początkowych okresach choroby psychicznej nie są wyraźnie nacechowane i nie usystematyzowane, a objawy chorobowe mieszają się z prawidłowemi przejawami psychicznemi, wywołują często wrażenie, że osoby te symulują chorobę, mianowicie wtedy, gdy je się obserwuje w sytuacji dla nich zbyt przykrej, np. w więzieniu, w śledztwie sądowo-psychjatrycznem. Jeżeli u przestępcy takiego trudno się czasem dopatrzeć konkretnych, wyraźnych objawów psychotycznych w czasie popełnienia przez niego czynu karalnego, to rozwój ciężkiej psychozy, czy to w więzieniu, czy w zakładzie psychjatrycznym, wskazuje na zarodek anormalny, który bardzo często charakteryzuje się jako degeneracja psychopatyczna z moralnemi defektami. Psychoza jaskrawo uwypukla chorobliwość całej osobowości i pozwala niekiedy retrospektywnie zaopinjować w sensie niepoczytalności.

Przypadek sprawiający orzecznictwu sądowo - psychjatrycznemu takie trudności, jak przypadek demonstrowany, wymaga bardzo skropulatnych, starannych i wyczerpujących studjów, dochodzeń i badań całej osobowości podsądnego, jego życia i jego sprawy sądowej. Przeciwko tym postulatom dokładnej ekspertyzy sądowo-psychjatrycznej grzeszą wszystkie trzy orzeczenia, które zostały wydane w sprawie D. Podstawa, na której się orzeczenia te opierały, nie była dostatecznie ufundowana. Pierwsza opinja sądowo-psychjatryczna orzekująca, że podsądna w chwili zabójstwa męża „znajdowała się prawdopodobnie w stanie zamroczenia", nie byłaby się zakończyła tym błędnym wnioskiem, gdyby ekspert był dokładnie przestudjował akta sądowe i uwzględnił fakt, że podsądna

w chwili krytycznej, gdy rewolwer za pierwszem pociągnięciem nie funkcjonował, wyrzuciła łuskę od kuli, wystrzelonej już poprzednio na przechadce wieczorowej i dopiero po ponownem nastawieniu broni strzeliła do śpiącego męża.

Słuszność zatem miał drugi ekspert, skoro skrytykował z tego powodu ekspertyzę pierwszą. Słaba strona drugiej ekspertyzy polega na tem, że ekspert, nie badając podsądnej, na podstawie szczupłych jeszcze wówczas akt sądowych wyraził zbyt apodyktycznie opinję, że podsądna za czyny swoje odpowiada.

Trzecia ekspertyza natomiast zawiera dwa punkty, które osłabiają jej wartość; po pierwsze, eksperci przyjęli a priori, że mają przed sobą symulantkę; z tego błędnego stanowiska apriorystycznego oceniali przejawy psychiczne podsądnej i kwalifikowali je jako symulację; na tej podstawie wydali orzeczenie, że podsądna za czyny karalne jest odpowiedzialną. Ekspertyza nie powinna być wyrazem uprzedzenia podobnego jakie jest zawarte w następującem zdaniu: „Zależność od otoczenia, którą też możemy nazwać skłonnością do demonstrowania swego stanu, zrozumiemy, jeżeli staniemy na stanowisku, iż badana zarówno w przytułku jak i w więzieniu symuluje, a więc udaje chorobę umysłową".

Symulację należy najprzód przekonywująco udowodnić, a nie przyjąć ją a priori za podstawę do oceny przejawów psychicznych.

Drugim mankamentem tej ekspertyzy jest fakt, że mimo półrocznego pozostawania podsądnej pod obserwacją, eksperci nie zbadali jej stanu cielesnego, motywując to zaniedbanie oporem podsądnej.

Na głównej rozprawie sądowej biegli przyszli do równobrzmiącego wniosku, że oskarżona jest psychicznie upośledzoną; różnili się oni tylko w kwantytatywnej ocenie tego upośledzenia.

Dalsze badania w zakładzie tutejszym wykazały, że D. jest osobą ciężko upośledzoną psychicznie i ex re tego znacznego upośledzenia nieodpowiedzialną; jakoteż badania te potwierdziły słuszność opinji tych ekspertów, którzy na głównej rozprawie sądowej uznali D. za nieodpowiedzialną za swoje czyny karalne.

DYSKUSJA.

P. Tomaszkiewicz zapytuje prelegenta, czy stan, w jakim obecnie znajduje się badana, minie, czy pozostanie; sądzi bowiem, że D. jest obecnie w stanie nieświadomości i nie będzie pamiętać przeżyć obecnych. Jeżeliby zachodziła ta pewność, że D. — będąc na wolnej stopie — nie popełni zbrodni, to można by ją ewentl. zwolnić.

P. Kuszenin przypuszcza, że otoczenie psychicznie chorych wpływa w znacznym stopniu ujemnie na stan psychiczny podsądnej; zapytuje, czy D. odsiadując ew. karę w więzieniu, zapadłaby na tak ciężki stan psychotyczny, w jakim znajduje się obecnie. Odnośnie do samej zbrodni popełnionej przez D., to musi się wziąć pod uwagę seksualizm — którego stan w krytycznym czasie był jednym z motywów. Gdy pobudliwość seksualna z wiekiem u obserwowanej się zmniejszy, a możliwie nawet obecnie tak się zmniejszyła, że nie ma wpływu jako pobudka na jej czynności -- czy przeto, gdy tych najgłówniejszych pobudek z seksualnej podniety braknie -- stan psychiczny D. nie poprawi się do tego stopnia, że D. będzie więcej zbliżona do ludzi normalnych, czyli że odpadnie potrzeba trzymania jej w zakładzie jako niebezpiecznej dla otoczenia?

P. Sobiecki podtrzymuje, że badana D. według orzeczenia psychjatrów jest nieobliczalną i niebezpieczną dla otoczenia i w każdej chwili mogłaby coś zbrodniczego popełnić, dlatego jako prokurator zarządził oddanie D. do zakładu psychjatrycznego. Gdyby psychjatrzy natomiast orzekli, że D. nie jest niebezpieczną, to wtedy mógłby się ewentualnie zgodzić na jej zwolnienie z zakładu.

P. Eimer zapytuje referenta, czy na podstawie fenomenów chorobowych, produkowanych przez podsądną D., można określić możliwość jej ewentl. występków zbrodniczych i ich jakość; sądzi, że gdyby psychjatrzy orzekli, że ta możliwość jest zbyt daleko posuniętą — to możnaby podsądną zwolnić z zakładu.

P. Bielawski zaznacza, że w tym wypadku jest rzeczą nadzwyczaj trudną zagwarantować, czy podsądna D. może coś zbrodniczego popełnić, czy nie; często bowiem jakieś zewnętrzne czynniki mogą ją do tego skłonić, czego przecież psychjatra przewidzieć nie może. P. B. zapytuje referenta, czy D. posiada inklinację do zbrodni, jaką chorobę rozpoznaje się obecnie u przedstawionej i czy czyn zbrodniczy był według referenta wypływem jej choroby czy też nie.

P. Reimann wspomina, że D. z początku reagowała silnie na różne bodźce zewnętrzne; i tak, dostawszy list z zaproszeniem na ślub, wpadła w stan manjakalnego podniecenia, a kiedy się przekonała, że nie może być na ślubie obecną, wpładła w depresję z silnem zahamowaniem psychicznem. Obecnie z powodu silnego zahamowania, D. nie reaguje na żadne wrażenia, czy przyjemne czy nieprzyjemne.

P. Łyskowski podkreśla, że ustawodawstwo powinno uwolnić społeczeństwo od tego rodzaju niebezpiecznego indywiduum co D. Gdyby psychjatrzy orzekli, że D. jest nieobliczalną i niebezpieczną, wtedy należałoby -- według niego -- umieścić ją w specjalnym zakładzie dla przestępców.

P. Piotrowski w słowie końcowem odpowiada pp. dyr. sądu okr. Dr. Tomaszkiewiczowi i prokuratowi Eimerowi, że stan, w jakim znajduje się obecnie badana, minie. Nie jest wykluczonem, że D. będzie sobie przypominała niektóre szczegóły z dzisiejszej demonstracji. D. jest nieobliczalną i przy sposobności może popełnić zbrodnię, tem bardziej jeszcze, że wskutek doświadczeń nabytych w czasie procesu powzięła przekonanie, że z powodu swojego ciężkiego upośledzenia psychicznego nie będzie pociągnięta do odpowiedzialności. Wszelako nie można z całą pewnością przepowiedzieć, że D. na wolności popełni zbrodnię, albo że jej nie popełni.

P. prokuratowi Kuszeninowi prelegent w odpowiedzi zaznacza, że D. byłaby także w więzieniu zachorowała na psychozę, jaką przy przedstawieniu wykazywała. Właśnie w więzieniu pojawiły się pierwsze ostre zaburzenia psychiczne w postaci zamroczenia histerycznego, chorobowego podniecenia lub depresji. Wskutek ciężkich wstrząsnień wzruszeniowych u D. podczas procesu, choroba wzmogła i rozwinęła się z czasem do poziomu obecnego. Zaznaczyć wypada, że w okresie podniecenia stan psychotyczny nie prezentuje się obserwatorom niefachowym tak jaskrawo i przekonywująco jako choroba jak w okresie depresji z zahamowaniem. W więzieniu stany te były często uważane jako udawane, symulowane; obecnie nikt nie będzie przyjmował symulacji u badanej, albowiem pacjentka nie ma żadnych powodów do udawania choroby.

Osoba, posiadająca od urodzenia zupełnie zdrowy system nerwowy, nie zapadnie na psychozę tego typu, który stwierdziliśmy u badanej (psychoza reaktywna, psychopochodna) gdziekolwiekbądź, a więc także nie w zakładzie psychjatrycznym. Chorobom takim ulegają tylko osoby usposobione do zachorzeń psychicznych.

Zazwyczaj psychozy powstają w znacznej odległości od zakładu psychjatrycznego w okolicach, gdzie chorzy nie mieli nawet pojęcia o istnieniu takiej instytucji jak zakład psychjatryczny. Każda choroba rozwija się do punktu kulminacyjnego według właściwych praw patologicznych; tak samo psychoza, z początkiem lekko się zaznaczająca, może rozwinąć się ze znacznem nasileniem do maximum także w zakładzie psychjatrycznym mimo stosowań terapeutycznych. Żaden chory, znajdujący się w zakładzie psychjatrycznym, nie zachorował w zakładzie, lecz daleko poza zakładem; w zakładzie prze-

ważna część chorych przychodzi do zdrowia, wzgl. następuje u nich tak dalece posunięte polepszenie, że jako ozdrowieńcy wracają do dawniejszego środowiska i zawodu. Przyznać można atoli, że w wyjątkowym przypadku, jaki nam przedstawia D., psychoza nie byłaby prawopodobnie przyjęła obecniej postaci, gdyby pacjentka była na wolności. Z drugiej strony należy mieć na uwadze tę okoliczność, że wspomnienia dręczących przeżyć z procesu i ewentl. przykrości i prześladowania, pogarda i wrogie stanowisko ze strony publiczności, rozgoryczonej i wzburzonej zbrodnią, którą D. popełniła, z pewnością wpłynęłyby szkodliwie na słabą psychikę badanej i wywołałyby ciężki stan psychotyczny, choć może nie w tej postaci jaką widzieliśmy przed sobą.

Co się tyczy hyperseksualizmu u D. to należy się spodziewać, że w okresie inwolucyjnym nastąpi uspokojenie.

Prelegent następnie uzupełnia myśl p. Bielawskiego, zawartą w odpowiedzi tegoż na pytania mówców poprzednich o zbrodniczości badanej i zaznacza, że D. jest psychopatką znacznego stopnia z ograniczoną umysłowością, z licznemi objawami histerycznemi, skłonną do ostrych zachorzeń psychicznych, u której na pierwsze miejsce występowały defekty moralne obniżające jej poziom etyczny. D. w zakładzie tutejszym przebyła okres manjakalnego podniecenia. a obecnie znajduje się w depresji z silnem zahamowaniem psychicznem. Zbrodnię, którą pacjentka popełniła, prelegent kwalifikuje jako wypływ chorobowej osobowości psychicznej.

W dalszych wywodach p. Piotrowski tłomaczy, że działanie D. w chwili krytycznej było tylko pozornie „konsekwentne, przezorne".

Jeżeli wnioskuje się z postępowania D., że działała ona z premedytacją i że była poczytalną, to wolno tak wnioskować niespecjaliście. Nie wolno jednak w ten sposób konkludować psychjatrze, albowiem stanu psychicznego nie należy wywodzić ze sposobu dokonania czynu karalnego, lecz przeciwnie, czyn karalny należy wywodzić ze stanu psychicznego. Dla psychjatry orzekającego właściwie nie istnieje czyn karalny albo etycznie wysokowartościowy, bo psychjatra nie bada aktów psychicznych ze stanowiska etycznego, lecz ocenia je ze stanowiska psychologicznego i upatruje w nich tylko przejawy psychiczne. Jakkolwiek czyny karalne popełnione przez D., obserwowane z zewnątrz, pod względem formalnym przedstawiają pozornie działanie rozważne, to jednak są one wypływem na wskroś chorej duszy, a chora osobowość ps,chiczna, tak ciężko upośledzona, jak u D, nie może odpowiadać za swoje czyny, choć by logicznie przeprowadzone. Czyn wprawdzie może być klasyfikowany jako czyn karalny, atoli sprawca jako chora osobowość psychiczna nie może być pociągana do odpowiedzialności karalnej

---

POSIEDZENIE KLINICZNE LEKARZY w DZIEKANCE

dnia 17. 7. 1925 r.

Przewodniczący: p. Piotrowski. Sekretarz. d. Berezowski.

O. BIELAWSKI. „SCHIZOFRENJA".

(Praca in extenso wydrukowana w zesz. IV. r. 1925. Now. Psych.)

. DYSKUSJA.

P. Reimann zaznacza, że u każdego melancholika możemy stwierdzić pewien niestosunek pomiędzy urojeniami melancholijnemi, a jego właściwym nastrojem (jako reakcja na urojenia). Np. pewien chory, podczas okresu melancholijnego znajdował się w stanie najsilniejszego lęku, ponieważ opanowany był przez urojenia, jakoby dopuścił się wielkiego przestępstwa, że znaleziony na ulicy powróz przechowywał u siebie. Tu jest wyraźny niestosunek między treścią myślową, a reakcją psychiczną na te myśli.

P. Siemionkin: Melancholja attonita seu passiva, oczywiście może być uważana jako symptom psychozy man.-depresyjnej w okresie depresji, na co wskazuje i Kraepelin; z równym skutkiem raptus melancholicus w „melancholja agitata seu activa" może przypominać stan silnego manjakalnego podniecenia, lecz w jednym i drugim przypadku stan melancholijny, jako podłoże, będzie miał urojenia skierowane ku sobie w pierwszym wypadku, a ból wewnętrzny w drugim. P. S. przytacza jako przykład kilka przypadków „melancholja attonita", które po kilku latach trwania przeszły bez żadnych komplikacji, nie pozostawiając po sobie defektu. Chorzy po wyzdrowieniu pracowali i byli użytecznymi członkami społeczeństwa; natomiast zgon melancholików, jak stwierdził, następuje z innych przyczyn, np. z tbc., pneumonia crouposa, ogólne osłabienie.

Likwidację formy chorobowej „schizofrenja" po myśli prelegenta, p. S. uważa za przedwczesną, bo zamało mamy przekonywującego materjału tak patologo-anatomicznego, jak i klinicznego, który by mógł ostatecznie zadecydować o ustaleniu podziału tablicy nozologicznej według propozycji prelegenta. Niektórych przypadków schizofrenji nie można umieścić w innych ramach systemu, jak tylko w ramach schizofrenji.

P. Piotrowski zaznacza, że koncepcja schizofrenji nie zadawala nie z tego powodu, że jej definicja jest mglista, jak to podkreśla prelegent, ale odwrotnie nie zadawala dla tego, że pojęcia ogółu psychjatrów o schizofrenji są mgliste; pochodzi to stąd, że koncepcja Bleulera opiera się na dedukcjach, których doświadczenie kliniczne nie zdołało podtrzymać. Z tej przyczyny zczasem także obraz schizofrenijny przybrał postać mglistą. Prelegent zestawia hebefrenję, katatonję i psychosis dolorosa w jedną grupę. Piotrowski uznaje wprawdzie, że objawy hebefreno-katatoniczne pojawiają się w różnych zachorzeniach psychicznych, np. w encephalitis lethargica, jednakże hebefrenja i katatonja, nie są postaciami chorobowemi jednej i tej samej grupy, lecz odrębnemi chorobami, albowiem katatonja sui generis jest chorobą ciężką, rzadko występującą, której kardynalne symptomy leżą w dziedzinie ruchowej, mianowicie w automatyzmach, objawiających się, bądź to w pozytywnym, bądź negatywnym kierunku. Do tego dochodzą liczne objawy chorobowe organiczne. Umysłowość, co do treści i formy, przytem nie potrzebuje być naruszona. W hebefrenji natomiast niema tych licznych objawów somatycznych, niema też charakterystycznych dla katatonji zaburzeń ruchowych, natomiast w pierwszej linji uwydatnia się rozluźnienie składników psychicznych, doprowadzające do rozpadu molekułu psychicznego. Katatonja prowadzi często do śmierci z katatonji. Hebefrenicy nie umierają na hebefrenję.

Piotrowski radzi nie łączyć katatonji i parkinsonizmu, mimo zewnętrznego podobieństwa, bo są to choroby zasadniczo od siebie różne. Katatonja jest chorobą konstytucjonalną, degeneratywną jąder podkorowych, na co wskazuje rozwój i przebieg kliniczny tej choroby, parkinsonizm natomiast jest wyrazem istniejących, względnie przebytych spraw zapalnych w jądrach podkorowych. I pod względem klinicznym są różnice w objawach chorobowych, a to w tym sensie, że zaburzenia ruchowe w katatonji prowadzą nas w dziedzinę automatyzmów, ruchy dowolne w katatonji są prawidłowe i nie wykazują żadnych zboczeń, w stanach parkinsonizmu zaś niema zaburzeń w dziedzinie automatyzmów, zato ruchy dowolne są chorobowo przeinaczone i nie odbywają się prawidłowo.

Znając cechę zasadniczą hebefrenji, względnie schizofrenji, nie będziemy ostrych zaburzeń psychicznych, występujących perjodycznie albo cyrkularnie u osobników usposobionych do zachorzeń psychicznych, mieszać z eksacerbacjami w przypadkach schizofrenji, albowiem u pierwszych znajdujemy w okresach wolnych od zaburzeń psychicznych zupełną prawidłowość wszystkich przejawów psychicznych, podczas gdy w schizofrenji

dokładna analiza psychologiczna pozwala stwierdzić w każdym okresie, wolnym od ostrych objawów, osobowość schizofrenijną; tak samo ze schizofrenikami nie będziemy mieszać psychopatów i oligofreników, cierpiących na jakiekolwiek zaburzenia psychiczne. Panu Reimannowi p. Piotrowski przypomina, że twory myślowe melancholików i ich aktywność albo reaktywny sposób działania zawsze są adekwatne stanom wzruszeniowym i ta adekwatność przejawów psychicznych stanowi właśnie podstawowe kryterjum melancholji właściwej, w przeciwieństwie do stanów depresyjnych np. schizofrenijnych.

Tam gdzie tej adekwatności niema, nie może też być mowy o melancholji, lecz tylko o stanach depresyjnych w innej chorobie. P. Reimann, mówiąc o nieadekwatnem reagowaniu melancholików, miał z pewnością na myśli doświadczenie, że melancholik objawia reakcję maksymalną nawet na minimalne bodźce wruszeniowe.

P. Siemionkinowi p. Piotrowski wykazuje, że melancholia attonita, resp. agitata nie jest tem samem, co melancholia passiva resp. activa. Poprzednie wyrazy są wzięte z nomenklatury psychjatrji niemieckiej, a następne należą do nomenklatury psychjatrii francuskiej. Jedno i drugie różni się co do treści, albowiem melancholia attonita dawniejszej szkoły niemieckiej przedstawiała przypadki, w których chorzy znajdowali się w głębokiej depresji, w głębokiem zahamowaniu, nie mieli żadnej inicjatywy, nie okazywali żadnej energji, u których wola była w znacznym stopniu osłabiona, a nawet zniesiona. Melancholia agitata natomiast cechowała przypadki w wysokim stopniu ruchliwe, niespokojne, cierpiące z powodu silnych lęków. Melancholia passiva zaś charakteryzuje przypadki depresji i zahamowania psychicznego, którym brak wybujałych urojeń melancholijnych i wzruszeniowych; natomiast do melancholia activa zalicza się przypadki, w których stwierdzamy liczne urojenia melancholijne i stany wzburzenia wzruszeniowego, wskutek których chorzy dużo cierpią.

Wracając do schizofrenji, p. Piotrowski zaznacza, że przyszłem zadaniem naszem powinno być, ustawienie na miejscu rozbitej grupy schizofrenijnej mniejszych grup klinicznych o prostej, jednolitej, stałej zrozumiałej strukturze; wtedy będzie wytknięty kierunek dla badań anatomo-patologicznych; badania te będą mogły się odbywać z pewniejszą celowością, a wyniki ich z czasem będą zrozumiałe, ustalą się i zwiążą nierozerwalnie z postacią kliniczną choroby.

P. Bielawski oświadcza przedmówcy, że w referacie swym pragnął wyrazić myśl, iż jakkolwiek podstawy, na których Bleuler oparł pojęcie o schizofrenji, wydają się proste i mocne, — to jednak analiza ich wykazuje, że są one chwiejne i dają powód do nader mglistej interpretacji i jak to słusznie zresztą zauważył p. Piotrowski, „nie zostały wzmocnione przez doświadczenie kliniczne".

Ref. wyodrębnia z schizofrenji postać hebefreniczną, katatoniczną i postać psychozy bolesnej.

Ref. nie zamierza jednak bynajmniej łączyć dopiero co wyodrębnionych postaci w jedną grupę i tylko zaznacza, że są to choroby organiczne i że środek ciężkości procesów leży w szarych jądrach mózgu. Zaburzenia ruchowe ekstrapiramidowej natury przykurczowej znamionują objawy motoryczne w katatonji, zaburzenia zaś w dziedzinie uczuć (pierwotnych), przy rozdźwięku ich z resztą psychiki (psychoza bolesna) będą miały związek ze sprawami chorobowemi we wzgórzu. Gdy zaś w obrazie klinicznym występuje na pierwszy plan rozdźwięk pomiędzy popędem i uczuciem z jednej strony, a myślą z drugiej strony, z wyraźnem przeważaniem czynności automatycznych nad dowolnemi i z objawami podniecenia ze strony tych pierwszych, gdzie dalej, zauważamy objawy rozprzężenia myśli, wogóle, — (tu, prócz jąder podstawowych wciągnięta jest wtórnie, a pod wpływem ogólnej intoksykacji, być może także pierwotnie, — kora), —

będą to objawy charakteryzujące hebefrenję. Dalej B. stwierdza,, iż kombinacja katatonji + hebefrenja, jak też obłąkanie bolesne + katatonja jest częstem zjawiskiem klinicznem, nie zamierza jednak stąd narazie wyciągać dalej idących wniosków o stopniu pokrewieństwa tych postaci z sobą.

Tem mniej nie zamierzał ref. łączyć parkinsonizmów z katatonją, jak to — wydaje się — mniema oponent p. Piotrowski, gdyż niema do tego realnych podstaw. Mimo to jednak ref. sądzi, że zdanie przedmówcy, co do zapalnej natury parkinsonizmu poencefalitycznego nie jest jeszcze ogólnie przyjęte (Orzechowski).

Ref. na podstawie osobistych doświadczeń klinicznych nie wyrobił sobie zdania, czy katatonja, pojmowana w znaczeniu ściślejszem słowa, jest jak uważa p. Piotrowski, chorobą konstytucjonalną degeneratywną, zato sądzi, że przynajmniej w etjolologji hebefrenji już dziś można zaakcentować dwa momenty (wrodzony i nabyty). Pierwszy jest to odziedziczona, konstytucyjna skłonność do degeneracji określonego ośrodka mózgu, drugi moment — jest to intoksykacja — czynnik nabyty i wydaje nam się — wieloraki. Fenomenologicznego różniczkowania przez p. Piotrowskiego katatonji a parkinsonizmu na podstawie tej, że w ruchowych objawach poencefalitycznych parkinsonizmu nie widzi oponent cech automatyzmu, — pozwala sobie refer. nie podzielać i wydaje mu się bardziej przekonywujące zapatrywanie Pieńkowskiego, wyrażone zwłascza w jego ostatniej pracy (Neurologja Polska).

Ref. stwierdza z zadowoleniem, że p. Piotrowski w zasadzie dzieli jego zapatrywanie, iż cykliczny przebieg psychozy w żadnej mierze nie może charakteryzować schizofrenji i może raczej służyć za różniczkowy moment djagnostyczny, wykluczający ostatnią w wypadkach, gdy taki przebieg jest niezbicie stwierdzony.

P. Reimannowi i p. Siemionkinowi, na ich pośrednie objekcje, dotyczące scharakteryzowania postaci obłąkania bolesnegn, odpowiedział już p. Piotrowski w sposób zupełnie wyczerpujący, dlatego referent wstrzymuje się od powtarzania tych samych uwag.

Z ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH W POLSCE.

Szpital dla umysłowo i nerwowo chorych KOCHANÓWKA pod Łodzią.

Sprawozdanie*) za ROK 1924.

ZESTAWIŁ DR. MED. DYR. B. SIWIŃSKI.

Rok 1924 był dla Szpitala rokiem „gojenia się ran" zadanych przez wojnę i stan powojenny.

W pierwszym rzędzie odżywianie chorych znacznej uległo poprawie. Normy żywienia chorych psychicznie różnią się w każdym szpitalu nie tylko pod względem teoretycznego opracowania, ale i w rzeczywistości. Zrozumiały jest fakt, iż odżywianie chorych psychicznie podczas wojny i w okresie powojennym dalekie było od przepisów teoretycznych. To też na I. konferencji polskich psychjatrów szpitalnych w Kochanówce r. 1921 przyjęta została rezolucja następująca: „Wobec tego, że odżywianie chorych w szpitalach psychjatrycznych w Polsce nie odpowiada normom żywienia, pożądane i konieczne jest podawanie codziennie na osobę w każdym szpitalu chorym III. klasy produktów najważniejszych w ilości minimalnej następującej: chleba 450—500 gr., mięsa 200—230 gr., mleka 0,3 litra, kartofli 1000—1300 gr., tłuszczu w naturze 35—45 gr. poza innemi pokarmami".

Na ogół wrócić do zupełnie normalnego życia obecnie przeszkadza panosząca się wszechwładnie drożyzna, nie pozwalająca jeszcze na zniżenie wydatne stawki za leczenie i utrzymanie chorych.

Na tle Ustawy Sejmowej o opiece społecznej dochodziło do sporów z gminami, które nadsyłać poczęły listy, że płacić przestają za danego chorego, uważając go bowiem za stałego mieszkańca innej gminy.

Prezesem Komitetu Szpitala był jak i poprzednio p. Włodzimierz Horodyński. W skład członków Komitetu wchodzili pp. Berg, Buhle, Daube, Dr. Gole, Dr. Grabowski, Kopczyński, Olszewski, Petrykowski, Baczyński, Sułocki, Wagner i Dr. Siwiński, przytem wiceprezesem był Dr. Grabowski, skarbnikiem p. Olszewski. Komitet zasilił wydatnie kasę szpitalną urządzając bal maskowy w styczniu i w lecie kwestę uliczną.

W r. b. wybudowano Izbę przyjęć, brak której dawał się odczuwać. Myśl wybudowania Izby już dawniej istniała w łonie Komitetu. Nowoprzybyły chory przejść musi przez Izbę przyjęć, w której go kąpią, przebierają w czystą bieliznę i odzież. Lekarz dyżurny bada stan chorego, spisuje od rodziny wywiady w pokoju lekarza dyżurnego, poczem kieruje chorego na odpowiedni oddział. Wprawdzie brak jest jeszcze przy izbie pomieszczeń na kamerę dezynfekcyjną i odwszawialnię, co mamy w przyszłości uzupełnić, jednak już w postaci obecnej Izba przyjęć udoskonala system przyjmowania chorych.

26. sierpnia b. r. odbyło się otwarcie warsztatów dla chorych. Oddawna wiemy jak dodatnio wpływa praca na stan psychiczny chorych. Odtąd chorzy będą mieli stałą

*) Sprawozdanie podaje się w streszczeniu.

godziwą rozrywkę, praca będzie ich odrywać od omamów i urojeń i jednocześnie wzmacniać poczucie własnej wartości. Warsztaty otrzymały instruktora pracy, który poza kierownictwem robotami obowiązany jest dbać o rozrywki dla chorych i personelu, więc prowadzi teatr, tańce, organizuje wycieczki itp.

W r. b. pracowali jako ordynatorzy następujący lekarze: Dr. Bokun-Dokontowa, Dr. Stawirej, Dr. Szymański i Dr. Zylbercwajgowa.

Podczas lata pełnił czynności zastępcy ordynatora student med. Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie Karol Mikulski.

W roku bieżącym zostały ogłoszone następujące prace:

Dr. B. Siwiński. Przyczynek do leczenia porażenia postępującego za pomocą flogetanu. Nowiny Lekarskie.

Dr. B. Siwiński. Opadanie krwinek czerwonych w przebiegu chorób psychicznych. Polska Gazeta Lekarska.

Dr. Siwiński wygłosił w Tow. Lek. Łódzkiem referat p. t. „Uwagi o leczeniu porażenia postępującego za pomocą flogetanu".

W roku bieżącym prenumerowano następujące czasopisma lekarskie:

Archiwum Historji i Filozofji Medycyny oraz Histórji nauk przyrodniczych; Biuletyn Koła Psychologicznego studjum państwowego Instytutu pedagogicznego w Warszawie; Medycyna Doświadczalna i Społeczna; Neurologja Polska, Nowiny Lekarskie, Nowiny Psychjatryczne. Polska Gazeta Lekarska, Rocznik Psychjatryczny, Warszawskie Czasopismo Lekarskie, Annales de l'Institut Pasteur, Annales de Médecine, Annales Médico-Psychologiques, Bulletins et Mémoires de la Société d'Anthropologie, L'Encéphale, La Presse Médicale, Revue Neurologique, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und Psychisch-Gerichtliche Medizin, Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie, Münchener Medizinische Wochenschrift, Wiener Klinische Wochenschrift, Zeitschrift für die gesammte Neurologie und Psychiatrie.

Dział rozrywek był urozmaicany przez tańce niedzielne przy dźwiękach gramofonu, przedstawienia w teatrze szpitalnym, bal maskowy w ostatki, bal sylwestrowski, czytanie książek z bibljoteki dla chorych, gazet i ilustrowanych czasopism, spacery po lesie szpitalnym. W lecie odbyła się wycieczka chorych świadomych wraz z orkiestrą szpitalną do Łagiewnik, przytem chorzy mile spędzili dzień na świeżem powietrzu, zwiedzając starodawny klasztor. Trzykrotnie przyjeżdżała do Kochanówki orkiestra teatralna z Łodzi dając koncerty wprowadzające miłe ożywienie w życiu szpitalnem chorych i zdrowych.

W roku sprawozdawczym i ubiegłym specjalną troską otoczono las szpitalny zajmujący około 30 morgów.

Stosunki z personelem były dobre i w tym roku i dobór nowych pracowników trwał w dalszym ciągu; wprowadzono gradacje poborów dla personelu, zależnie od wysługi lat, wracając w ten sposób do systemu przedwojennego. W zimie, Dyrektor Szpitala Dr. Siwiński wykładał dla personelu anatomję człowieka z uwzględnieniem specjalnem układu nerwowego, pielęgniarstwo ogólne i psychjatryczne.

W roku sprawozdawczym założono telefony wewnętrzne na terenie szpitala pomiędzy budynkami szpitalnemi.

W szpitalu odbywały się konferencje kliniczne raz lub w razie większego napływu chorych dwa razy na tydzień; na konferencjach klinicznych ordynatorzy demonstrowali chorych nowoprzybyłych.

Poza konferencjami klinicznemi odbywały się raz na miesiąc konferencje naukowe, na których ordynatorzy wygłaszali referaty z zakresu psychjatrji i psychologji.

Oprócz tego lekarze brali udział w posiedzeniach Łódzkiego Tow. Lekarskiego.

Odbyły się również trzy posiedzenia Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego Oddziału Łódzkiego, na których omawiano tematy na V Zjazd psychjatrow polskich, poczem i na VI, który miał się odbyć w Krakowie w r. 1925. Poza tematami zjazdowemi omawiano sprawę założenia Ligi Higjeny Psychicznej zgodnie z życzeniem Głównego Zarządu Polskiego Tow. Psychjatrycznego.

W roku sprawozdawczym specjalną troską otoczyiśmy archiwum historji chorób, które dzięki dwudziestokilkoletniej pracy gorliwej wszystkich lekarzy jacy pracowali i pracują w Kochanówce stanowi poważny dorobek kliniczny, archiwum zostało ułożone według roczników i alfabetu. W przyszłości archiwum winno otrzymać osobny pokoik.

Liczba książek w bibljotece naukowej lekarskiej powiększyła się o 125 numerów i wynosiła 31. XII. r. b. 1233 numery. Do wojny w 1914 r. bibljoteka lekarska wynosiła 852 numery sprowadzone przez pierwsze 12 lat istnienia szpitala. Od r. 1915 do 1923 włącznie bibljoteka powiększyła się o 245 numerów.

LICZBY.

	męż.	kob.	raz.
NA DZ. I STYCZNIA POZOST.	93	114	207
W ciągu roku przybyło	269	262	531
„ „ „ leczono	362	376	738
„ „ „ wypisano	238	256	494
a) wyleczonych	38	46	84
b) z polepsz.	101	89	190
c) bez polepsz.	65	86	151
d) zmarło	34	33	67
pozostaje na 31. grudnia	124	120	224

ROZPOZNANIA (leczono 738).

	męż.	kob.	raz.
Dementia praecox	111	117	228
Psychosis maniaco-depr.	38	94	132
Paranoia	—	2	2
Neurosis traumatica	3	—	3
Psychosis „	2	1	3
Psychastenia	4	—	4
Psychosis hysterica	10	34	44
„ epileptica	30	27	57
Hystero-epilepsia	1	1	2
Simulatio	1	—	1
Psychopathia constitut.	3	1	4
Paralysis progressiva	48	13	61
Taboparalysis	8	3	11
Lues cerebro-spinalis	9	12	21
Arteriosclerosis cerebri	4	2	6
Psychosis senilis et praesen.	18	34	52
Amentia	2	9	11
Alcoholismus chronicus	24	4	28
Psychosis post intox. CO.	—	1	1
Encephalitis letharg. epid.	19	4	23
Paralysis agitans	1	—	1
Cretinismus	—	1	1
Idiotismus et imbecillitas	15	10	25
Obserwatio	11	6	17

PRZYCZYNY ZEJŚĆ ŚMIERTELNYCH

	męż.	kob.	raz.
Tuberculosis pulm. et intest	6	6	12
Marasmus paraliticus	9	—	9
Encephalitis epidemica	2	—	2
Adynamia cordis	4	5	9
Vitium cordis	1	2	3
Pneumonia	4	1	5
Erysipelas	2	3	5
Status epilepticus et paraliticus	5	2	7
Haemorrhagia cerebri	—	3	3
Marasmus senilis	4	6	10
Marasmus	—	2	2

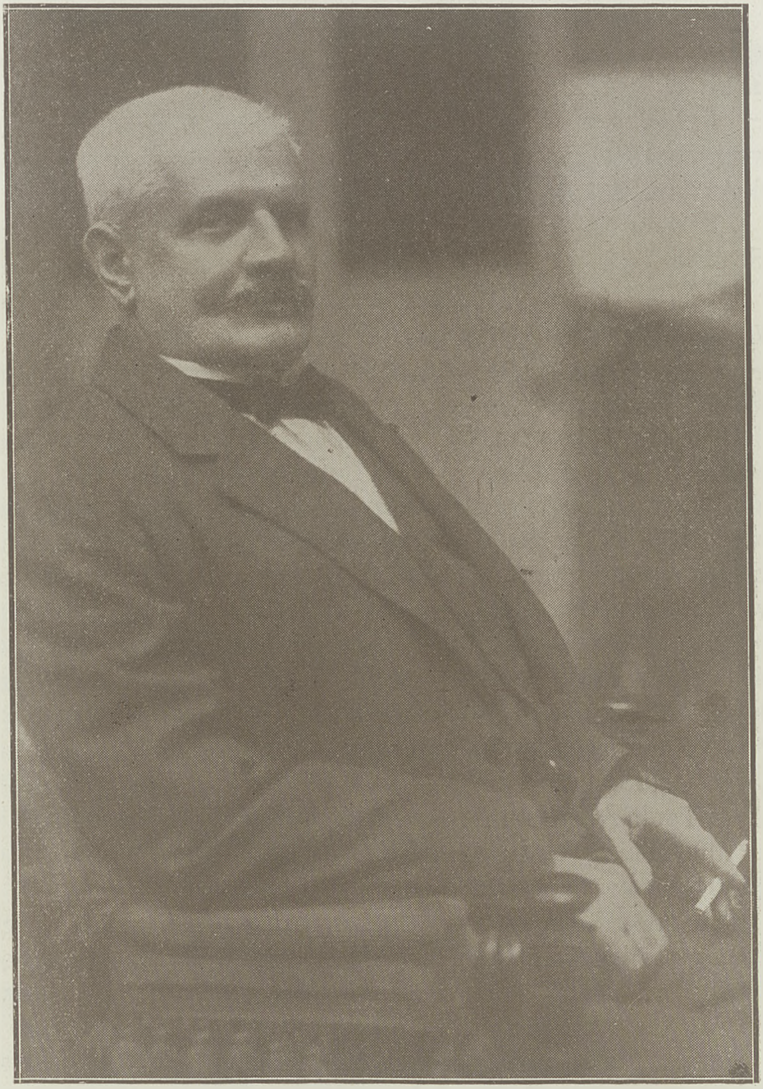
WYKAZ WPYWÓW i WYDATKÓW.

a) wpływy

Opłata za leczenie, utrzymanie chorych	330 295.06	
Dochód z gospod.	5 320.06	
Inne	11 433.74	347 048,86

b) wydatki

Różne	319 402.04	
Inwestycje	27 646.82	347 648,86



Kurator Dr. Med. KAROL RYCHLIŃSKI
Dyrektor Zakładu Psychjatrycznego w Drewnicy.
(z okazji 25-ciolecia zakładu Drewnicy)

Krótka biografja dra K. Rychlińskiego.

Urodził się w 1864 r. w ziemi Sandomierskiej. Ojciec Władysław za udział w powstaniu w r. 1864 był zesłany na Syberję i do kraju nie powrócił.

Szkoły średnie zaczął w Sandomierzu, skończył w Radomiu i zapisał się na studja lekarskie do Uniwersytetu Warszawskiego, które ukończył w 1890 r.

Był starszym asystentem przy klinice chorób nerwowych i umysłowych do 1897-go roku, w którym został mianowanym ordynatorem Szpitala Jana Bożego.

W roku 1907-ym przeszedł, jako ordynator oddziału nerwowego, do Szpitala Kolejowego, który opuścił, jako emeryt, dopiero w 1925 r.

W 1903 r. Uniwersytet w Kazaniu ofiarowywał mu docenturę przy katedrze chorób nerwowych.

Zaszczycony był również wyborem na profesora przez Uniwersytet Lwowski.

Wydział Krajowy galicyjski zapraszał go na dyrektora Kulparkowa.

Wszystkie zaszczytne propozycje nie pociągały go, gdyż zaangażował się w owe czasy do pracy społecznej i do tworzenia Warsz. Tow. Opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi, nad wznoszeniem podstaw na nowszych zasadach, zakładu w Drewnicy.

Z prac naukowych, które ogłosił drukiem w czasopismach lekarskich polskich, niemieckich i rosyjskich (przeszło 50) na wyróżnienie zasługują:

a) Nienormalne szlaki w rdzeniu.
b) Okresowa psychoza.
c) Istota natręctwa myślowego.
d) Przebieg kliniczny bezwładu postępującego.
e) Nowotwory mózgu a drgawki połowiczne.

Przyjmował czynny udział na polu publicystyki. Pisywał przez długi czas korespondencje do Nowin Lekarskich (Holubek), miesięczny przegląd w krakowskiem piśmie lekarskiem, z pod jego pióra wychodziły artykuły krytyczne w Krytyce Lekarskiej (Tuhaj-bej).

Pozatem w poważniejszych miesięcznikach i organach prasy stołecznej i poznańskiej umieszczał obszerniejsze artykuły, obrazujące prądy ówczesnej myśli (Ateneum, Słowo, Dziennik Poznański, Gazeta Warszawska).

Po uchwaleniu przez Sejm odznaczenia orderem Pol. Restituta został w pierwszej liście zamieszczony jako kawaler krzyża.